

AUS DEM MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE
MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. D. Ploog

Über den Selbstmord von 119 Ärzten, Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen in Oberbayern von 1963 bis 1978

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Argeo Bämayer
aus Bayrisch Gmain

München 1983



Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

1. Referent: Prof. Dr. med. W. Feuerlein

2. Referent: Prof. Dr. med. D. Ploog

3. Referent: Prof. Dr. med. H. Hippus

Dekan : Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Juni 1983

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
1. <u>EINLEITUNG</u>	1
2. <u>ÜBERBLICK ÜBER DIE LITERATUR</u>	6
2.1. <u>Männliche Ärzte</u>	6
2.1.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens	6
2.1.2. Ländervergleich	14
2.1.3. Altersverteilung	17
2.1.4. Suizidmethode	20
2.1.5. Fachgebiet	23
2.1.6. Zusammenfassung	24
2.2. <u>Ärztinnen</u>	28
2.2.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens	28
2.2.2. Anzahl der Suizide im Vergleich zur Bevöl- kerung	29
2.2.3. Altersverteilung	29
2.2.4. Suizidmethode	31
2.2.5. Fachgebiet	32
2.2.6. Zusammenfassung	33
2.3. <u>Männliche Zahnärzte</u>	34
2.3.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens	34
2.3.2. Anzahl der Suizide im Vergleich zur Bevöl- kerung	35
2.3.3. Ländervergleich	36
2.3.4. Altersverteilung	37
2.3.5. Suizidmethode	39
2.3.6. Zusammenfassung	39

	Seite
3. <u>METHODIK</u>	41
3.1. <u>Vorarbeit</u>	41
3.2. <u>Datenerhebung</u>	44
3.2.1. Ermittlung der verstorbenen Ärzte und Zahn- ärzte bei den Ärztekammern	44
3.2.2. Ermittlung der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte bei den Staatsanwalt- schaften	45
3.2.3. Erhebung berufsbezogener Daten bei den Ärztekammern	51
3.2.4. Ergänzung personenstandsbezogener und fami- liärer Daten beim Einwohnermeldeamt München	52
3.2.5. Erhebung des Lebenslaufs bis zur Promotion	52
3.2.6. Erhebung psychiatrischer Krankengeschichten	53
3.3. <u>Referenzmaterial</u>	54
3.3.1. Lebende Ärzte und Zahnärzte	54
3.3.1.1. Anzahl der lebenden Ärzte	54
3.3.1.2. Alter der lebenden Ärzte	56
3.3.1.3. Anzahl der lebenden Zahnärzte	59
3.3.2. Verstorbene Ärzte und Zahnärzte	62
3.3.3. Lebende Bevölkerung Oberbayerns	65
3.3.4. Verstorbene Bevölkerung Oberbayerns	67
3.3.5. Suizide in der Bevölkerung Oberbayerns	69
3.3.6. Suizidziffern der Bevölkerung Oberbayerns	71
3.4 Statistische Auswertung	73

	Seite
4. <u>ERGEBNISSE</u>	74
4.1. <u>Häufigkeit des Suizidgeschehens</u>	74
4.1.1. Suizidgeschehen in Gesamt-Oberbayern	74
4.1.1.1. Anzahl der Suizide	74
4.1.1.2. Vergleich der Suizide von Ärzten und Zahn- ärzten mit den Suiziden in der Bevölkerung	76
4.1.1.3. Zusammenfassung des gesamt-oberbayerischen Suizidgeschehens	86
4.1.2. Suizidgeschehen in München und in Ober- bayern ohne München	90
4.1.3. Suizidgeschehen in Städten und in Landkreisen	92
4.2. <u>Tatumstände</u>	94
4.2.1. Suizidmethoden	94
4.2.1.1. Vergiftungen	97
4.2.1.2. Übrige Suizidmethoden	99
4.2.1.3. Alkoholische Beeinflussung beim Suizid	100
4.2.1.4. Zusammenfassung der Suizidmethoden	100
4.2.2. Doppelsuizide	102
4.2.3. Örtliche Suizidumgebung	102
4.2.4. Ankündigung des Suizidvorhabens	103
4.2.5. Abschiedsbrief	104
4.2.6. Wochentage	107
4.3. <u>Persönliche Daten</u>	108
4.3.1. Altersverteilung	108
4.3.1.1. Anzahl	108
4.3.1.2. Suizidziffer	110

	Seite
4.3.1.3.	Standardisierte Suizidziffer 113
4.3.1.4.	Prozentanteil des Suizids von allen Verstorbenen 114
4.3.1.5.	Durchschnittliches Sterbealter 117
4.3.1.6.	Zusammenfassung der Altersverteilung 118
4.3.2.	Personenstand (Familienstand) 123
4.3.3.	Anzahl der Ehen 127
4.3.4.	Kinder 128
4.3.5.	Religionszugehörigkeit 133
4.3.6.	Geburtsort 135
4.3.7.	Vorstrafen und drohende Strafverfahren 138
4.4.	<u>Familiäre Daten</u> 141
4.4.1.	Soziale Herkunft 141
4.4.2.	Beruf des letzten Ehepartners 142
4.4.3.	Alter des letzten Ehepartners 143
4.4.4.	Alter der Kinder 144
4.5.	<u>Beruflicher Werdegang</u> 146
4.5.1.	Studium 146
4.5.1.1.	Anzahl der Studienorte 147
4.5.1.2.	Ausländische Studienorte 148
4.5.1.3.	Dauer des Studiums 148
4.5.1.4.	Zweitstudiengänge 149
4.5.1.5.	Examensort 149
4.5.1.6.	Examensalter 150
4.5.2.	Titel 152
4.5.3.	Dissertationsthemen 153
4.5.4.	Fachgebiete 153

	Seite
4.6.	<u>Berufliche Tätigkeit</u> 156
4.6.1.	Berufliche Tätigkeit zum Todeszeitpunkt 156
4.6.1.1.	Ärztliche Tätigkeit 158
4.6.1.2.	Berufsfremde Tätigkeit 159
4.6.1.3.	Ruhestand 159
4.6.1.4.	Krankenstand 160
4.6.1.5.	Arbeitslosigkeit 160
4.6.2.	Niedergelassene Ärzte und Klinikärzte 161
4.6.3.	Anzahl der Jahre zwischen Examen und Tod 163
4.7.	<u>Erkrankungen</u> 164
4.7.1.	Somatische Erkrankungen 164
4.7.2.	Psychische Erkrankungen 165
4.7.3.	Suizidversuche 168
4.7.4	Suchtverhalten 169
4.8.	<u>Psychiatrische Behandlung</u> 171
4.9.	<u>Arztkontakt vor dem Suizid</u> 174
4.10.	<u>Erkrankungen in der Familie</u> 175
4.10.1.	Psychische Erkrankungen 175
4.10.2.	Suizide in der Familie 176
4.11.	<u>Anlässe des Suizids</u> 177
4.11.1.	Verlust einer nahestehenden Person 178
4.11.2.	Verlust des sozialen Umfelds 182
4.11.3.	Verlust der körperlichen und geistigen Un- versehrtheit 184
4.11.4.	Verlust des persönlichen Handlungsspielraums 184

	Seite
4.11.5. Verlust der persönlichen Integrität	185
4.11.6. Suizide ohne eruierbaren Anlaß	185
4.11.7. Zusammenfassung der Anlässe des Suizids	186
5. <u>DISKUSSION</u>	188
5.1. Methodik	188
5.2. Ergebnisse	196
5.2.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens	196
5.2.2. Tatumstände	203
5.2.3. Persönliche Daten	206
5.2.4. Familiäre Daten	213
5.2.5. Beruflicher Werdegang	216
5.2.6. Berufliche Tätigkeit	217
5.2.7. Erkrankungen	219
5.2.8. Psychiatrische Behandlung	227
5.2.9. Arztkontakt vor dem Suizid	228
5.2.10. Erkrankungen in der Familie	232
5.2.11. Anlässe des Suizids	233
6. <u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	236
6.1. Methodik	236
6.2. Ergebnisse	239
6.2.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens	239
6.2.2. Tatumstände	242
6.2.3. Persönliche Daten	245
6.2.4. Familiäre Daten	252

	Seite
6.2.5. Beruflicher Werdegang	253
6.2.6. Berufliche Tätigkeit	257
6.2.7. Erkrankungen	260
6.2.8. Psychiatrische Behandlung	262
6.2.9. Arztkontakt vor dem Suizid	264
6.2.10 Erkrankungen in der Familie	264
6.2.11 Anlässe des Suizids	264
6.2.12 Schlußfolgerung	267
7. <u>ABSTRACT</u>	269
8. <u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	271
9. <u>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</u>	285
10. <u>DANKSAGUNG</u>	286
<u>LEBENS LAUF</u>	288

1.

E I N L E I T U N G

Der erste bekannt gewordene Suizid eines Arztes geschah nach VIERORDT (99) im Jahre 435 vor Christus. Danach stürzte sich der als Arzt zu wertende griechische Philosoph Empedokles in den Krater des Ätna.

Jahrhunderte wurden dann Suizide von Ärzten nur in deren Biographien beschrieben. Der erste so bekannt gewordene Suizid eines deutschen Arztes geschah, ebenfalls nach VIERORDT, von Professor Petraeus aus Marburg. Dieser hatte sich im Jahre 1620 im Alter von 40 Jahren in einem melancholischen Anfall aus dem Fenster gestürzt.

Im Jahre 1825 wurde erstmals - nach Wissen des Autors - der Suizid eines Arztes in einer wissenschaftlichen Abhandlung über den Selbstmord erwähnt. Diese Untersuchung wurde von CASPER (17) durchgeführt, der unter anderem die Berufe der Selbstmörder aus den Jahren von 1812 bis 1821 in Berlin einer näheren Betrachtung unterzog.

Neben diesem Verfahren, die Berufszugehörigkeit der Selbstmörder zu untersuchen, besteht noch die Möglichkeit, ein bestimmtes Berufskollektiv auf Todesursachen zu überprüfen, wobei dann zwangsläufig auch der Suizid zur Sprache kommt. Auf einem dieser beiden Verfahren beruhen alle übrigen ausgewerteten Veröffentlichungen über den Suizid von Ärzten.

Das zweitgenannte Verfahren, die Todesursachen eines Ärztkollektivs zu untersuchen, wurde - nach Wissen des



Autors - erstmals von GRUBER (45) im Jahre 1870 angewandt. GRUBER erkannte dabei wahrscheinlich erstmals, daß Suizide bei Ärzten sehr häufig vorkommen. Nach seiner Untersuchung sind von 1848 bis 1869 von insgesamt 277 verstorbenen Militärärzten 11 österreichische Militärärzte (4 %) durch Suizid verstorben. Auf 100 000 lebende Militärärzte entfielen demnach jährlich 31 Suizide.

GRUBER konnte auch als erster Autor gefunden werden, der sich Gedanken über den hohen Suizidanteil bei Ärzten machte. Noch 27 Jahre bevor DURKHEIM (27) im Jahre 1897 den Suizid zum soziologischen Forschungsobjekt erhob, stellte GRUBER die These auf, daß für die hohe Suizidrate bei den österreichischen Militärärzten als wesentlicher Grund der "aufgenöthigte Cölibat" verantwortlich sei. Dieser sei bedingt durch das Wanderleben, durch Erschwerung der Ehe und durch die in der Regel für den anständigen Unterhalt einer Familie unzureichenden Vermögensverhältnisse. Weiter führt GRUBER aus, daß das Unglück dann um so leichter eintreten werde, nachdem dem Arzt schnelle Beförderungsmittel in's Jenseits in die Hand gegeben seien.

Bis auf die Veröffentlichung BLACHLY'S (7) unterscheiden sich alle nachfolgenden Veröffentlichungen über den Suizid bei Ärzten in Art und Umfang kaum von dieser Veröffentlichung GRUBERS. In diesen Veröffentlichungen wird meist lediglich die Zahl der Suizide von Ärzten festgestellt, diese Zahlen werden zum Teil noch mit den Angaben aus der Bevölkerung verglichen und dann werden Vermutungen geäußert, warum die Suizidrate bei Ärzten höher sei und woran dies lie-

gen könnte. An Fakten kam zwar noch in einigen Fällen die Gliederung nach Suizidmethoden, das Alter und eventuell noch die Fachgebietsbezeichnung hinzu, der Versuch einer Ursachenforschung wurde jedoch nur in Einzelfällen unternommen.

So liegen 5 Fallbeschreibungen von SIMON (87) und 7 Fallbeschreibungen von DE SOLE (22) vor, jedoch ist die Anzahl dieser Fälle zu niedrig, um allgemein-gültige Aussagen treffen zu können.

In größerem Rahmen versuchte BLACHLY (7) die Ursachenforschung. Er bat 194 Verwandte von 200 durch Suizid verstorbenen Ärzten, einen Fragebogen auszufüllen, der eine Vielzahl für eine Ursachenforschung geeignete Parameter enthielt. Leider erhielt BLACHLY nur 80 Fragebögen komplett ausgefüllt zurück. Von der Gesamtzahl von 249 Suiziden konnten folglich nur 32 % ausgewertet werden. Eine Trennung nach dem Geschlecht erfolgte zudem auch nicht.

Die Verwertbarkeit der Ergebnisse ist daher insgesamt betrachtet leider erheblich eingeschränkt, eine Allgemeingültigkeit läßt sich daher folglich aus der vorliegenden Literatur nicht ableiten. Letztendlich besteht also eine Vielzahl von Vermutungen, warum der Suizid bei Ärzten höher ist als in der Bevölkerung.

Die Aussagen der nachfolgenden Autoren erlauben einen Überblick über die derzeit bestehenden Vermutungen: STENGEL (92) gibt als Teilerklärung des doppelt so hohen Suizidaufkommens bei Ärzten den leichten Zugang zu Giften, genauere Kenntnisse von Krankheiten und deren Verlauf und die

relative Häufigkeit von "Drogensüchtigkeit" unter Ärzten an.

RINGEL (80) sieht als Ursache der besonders hohen Frequenz des Suizids bei Ärzten den drohenden Verlust des sozialen Status, die Ausstoßung aus dem Beruf bei relativ kleinen Vergehen, spezielle Arbeitsbedingungen, Häufigkeit von Süchten und die Verfügbarkeit von Giften.

KNOPF (55) vermutet, daß die hohe Suizidrate bei Ärzten auf die Ehelosigkeit bzw. das Verheiratetsein mit dem Beruf zurückzuführen ist oder daß Ärzte, die nur wegen des Ansehens und des hohen Einkommens Ärzte geworden sind, den psychischen Belastungen des Berufs nicht gewachsen sind. Die Überarbeitung führe zum Gebrauch von Rauschmitteln und zur Sucht.

FREUDENBERG (40) stellt wohl die gewagtesten Vermutungen auf, wenn er die beruflich bedingten körperlichen Anstrengungen, die durch die Rücksichtslosigkeit einer unvernünftig übertriebenen Sozialversicherung hervorgerufen werden, als Grund der häufigen Ärztesuizide nennt. Später macht FREUDENBERG (42) eine andere Ursache ausfindig, wonach die wirtschaftlichen Nöte der jungen Ärzte wegen der schwierigen Zulassung zur Kassenpraxis für den Selbstmord zweifellos entscheidend seien.

Zur Bekräftigung z.B. der hohen Suchtanfälligkeit bei Ärzten wird in einigen Veröffentlichungen auf andere Untersuchungen verwiesen, die dies belegen sollen. Jedoch wurde im konkreten Fall nicht überprüft, ob die durch Suizid verstorbenen Ärzte auch tatsächlich süchtig waren.

Die Überprüfung dieser Vielzahl von Vermutungen über Auffälligkeiten und Ursachen des hohen Suizidaufkommens bei Ärzten wird Aufgabe dieser vorgelegten Untersuchung sein. Daneben gilt es vollständig zu ermitteln, ob sich das Suizidgeschehen der Ärzte und Zahnärzte getrennt nach dem Geschlecht von der über 25 Jahre alten Bevölkerung Oberbayerns unterscheidet.

Zunächst wird aber noch näher auf die Häufigkeit der Suizide von Ärzten anhand der Literatur eingegangen. Dabei werden die Veröffentlichungen getrennt nach dem Geschlecht und nach Ärzten und Zahnärzten besprochen. Über den Suizid von Zahnärztinnen konnten keine Veröffentlichungen gefunden werden.

2. Ü B E R B L I C K Ü B E R D I E
L I T E R A T U R

2.1. Männliche Ärzte

2.1.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens

"Einzelne Berufszweige haben besonders hohe Suizidraten, z.B. Ärzte, insbes. Nervenärzte." Dieses Zitat findet sich im Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie auf Seite 511 unter dem Stichwort "Suizid" (70).

Als Leser erhält man den Eindruck, daß diese Aussage gesichert und allgemeingültig sei. Diesen Eindruck kann man auch anhand der Veröffentlichungen von STENGEL (92), RINGEL (80) und SIMSON (88) gewinnen. Diese Verallgemeinerungen sind jedoch so nicht zutreffend, da hier Ergebnisse aus ein oder zwei Ländern auf alle Länder übertragen werden.

Für die Vereinigten Staaten (US), aus denen die meisten diesbezüglichen Veröffentlichungen vorliegen, ist die Aussage einer hohen Suizidrate bei Ärzten bisher nicht bestätigt worden. Vorweg sei festgestellt, daß in den US die Suizidhäufigkeit bei den männlichen Ärzten seit 1945 durchschnittlich nur 1,1 fach über der gleichaltrigen männlichen Bevölkerung liegt. Im deutschsprachigen Raum gibt es ebenfalls keine Untersuchungen, die die Aussagen der besonders hohen Suizidraten von männlichen Ärzten rechtfertigen könnten.

Um sich nun die tatsächlichen Verhältnisse zu vergegenwärtigen, wird im folgenden ein nach Ländern geglie-

gliederter Überblick über das Thema betreffende Veröffentlichungen durchgeführt.

Die Höhe des Suizidgeschehens von Ärzten kann dabei anhand folgender drei verschiedener Parameter betrachtet werden:

1. Der Prozentanteil der Suizide von Ärzten von allen verstorbenen Ärzten.
2. Die Suizidziffer (Sz), die sich aus der Anzahl der Suizide von Ärzten pro Jahr pro 100 000 lebende Ärzte errechnet.
3. Die standardisierte Suizidziffer (stand. Sz), die das Verhältnis der Suizidziffer der Ärzte zur Suizidziffer der Bevölkerung widerspiegelt, wobei die Suizidziffer der Bevölkerung immer gleich 100 gesetzt wird.

Deutschland

Insgesamt konnten 9 Veröffentlichungen über den Suizid von deutschen Ärzten gefunden werden (siehe Tabelle 1). Davon ist jedoch für einen Vergleich der Suizidhäufigkeit von männlichen Ärzten mit der Suizidhäufigkeit der männlichen Bevölkerung nur die Statistik über den Beruf und die Todesursache, die vom Statistischen Bundesamt im Jahre 1955 herausgegeben wurde, brauchbar (91). Jedoch enthält diese Statistik leider nur die Berufstätigen. Die Suizidhäufigkeit der männ-

lichen berufstätigen Ärzte liegt demnach 1,27 fach über der männlichen berufstätigen Bevölkerung.

Tabelle 1 Übersicht über den Suizid von männlichen Ärzten
in deutschen Veröffentlichungen

Zeitraum	Land/Ort	Autor	n	Prozent d. Ver- stor- benen	Sz	stand. Sz
1812-1821	Berlin	Casper	1	0,4		
1846-1860	Württemberg	Wagner	17			
1829-1885	Deutschland	Karup	14	1,3		
1810-1895	Württemberg	Weinberg	10	1,2		
1920-1923	Deutschland	Freudenberg	16	7,4	45,0	157
1924-1930	Deutschland	Freudenberg	28	4,9	64,9	131
1955	BRD	Statistisches Bundesamt	28	6,5	48,0	127
1950-1965	Düsseldorf	Fuchs	11		53,0	
1945-1967	Hamburg	Enders	36	5,3		
Summe bzw. Durchschnitt			161	3,9	52,7	138

Alle übrigen Veröffentlichungen sind für einen Vergleich mit der Bevölkerung nicht geeignet. Die Gründe hierfür sind niedrige Fallzahlen: CASPER (17); keine Bezugswahlen aus der Bevölkerung: WAGNER (101), WEINBERG (103) und ENDERS (33); unvollständige Erfassung aller Suizide von Ärzten eines bestimmten regionalen Gebietes: KARUP und GOLLMER (53), FREU-

DENBERG (40,41,42,43), FUCHS (44).

Die unvollständige Erfassung der Suizide von Ärzten ist bei KARUP und GOLLMER sowie FREUDENBERG darauf zurückzuführen, daß in ihren Untersuchungen nur Ärzte berücksichtigt wurden, die einer Versicherung angehörten. Bei FUCHS liegt die Ursache der unvollständigen Erfassung in der ausschließlichen Verwendung von Obduktionsunterlagen des Gerichtsmedizinischen Instituts von Düsseldorf. Dabei ist zu vermerken, daß die Mehrzahl der Suizide nicht obduziert wird. Zudem wurden auch Obduktionen von außerhalb Düsseldorfs eingelieferten Leichen durchgeführt, so daß der Vergleich mit der Stadt Düsseldorf alleine wesentlich verfälscht wurde.

England und Wales

In England wird seit 1853 ca. alle 10 Jahre vom "Her/His Majesty Stationery Office" (HMSO) ein "Registrar General's Decennial Supplement" herausgegeben, das die Sterblichkeit der Bevölkerung nach dem Beruf aufzeigt (47,48,49,50). Es ist daher für England und Wales eine kontinuierliche Beobachtung des Suizids von männlichen Ärzten seit 1873 möglich (siehe Tabelle 2).

England und Wales weist eine durchschnittlich 1,64 fach höhere Suizidhäufigkeit bei männlichen Ärzten auf als in der männlichen Bevölkerung. In den beiden letzten Veröffentlichungen nach dem 2. Weltkrieg lag der Durchschnitt allerdings bei der 1,84 fachen Erhöhung. Die neueste Veröf-

fentlichung, die den Zeitraum von 1970 bis 1972 beinhaltet, ist leider in Deutschland noch nicht vollständig zugänglich. Die Angaben SAKINOFKY'S (84) hierzu sind leider unzulänglich, so daß z.B. keine Suizidziffern angegeben werden können.

Tabelle 2 Übersicht über den Suizid von männlichen
Ärzten in England und Wales

Zeitraum	Autor	n	Prozent d. Ver- stor- benen	Sz	stand. Sz
1873-1882	Ogle	55	1,4	36,3	153
1878-1883	Ogle	42		47,2	197
1890-1892	Westergaard	31	4,2		
1910-1912	King	32			181
1921-1923	HMSO	35	2,2	36,8	141
1930-1932	HMSO	39	2,0		109
1949-1953	HMSO	74	2,1	37,5	192
1959-1963	HMSO	65	5,2	30,7	176
1970-1972	Sakinofsky	59			
Summe bzw. Durchschnitt		432	2,9	37,7	164

Vereinigte Staaten von Amerika (US)

Die Mehrzahl aller Veröffentlichungen über den Suizid von Ärzten erschienen in den US. Nahezu alle Veröffentlichungen beruhen auf Auswertungen der von der American Medical Association herausgegebenen Zeitschrift (JAMA), in der wöchentlich alle verstorbenen Ärzte unter anderem mit Todesursache und Sterbealter aufgeführt werden.

16 der insgesamt 26 gefundenen Veröffentlichungen betreffen die gesamten US, 4 betreffen einzelne regionale Bezirke (Oregon, Tulsa County und Kalifornien), 3 beziehen sich auf medizinische Fachgebiete (Anaesthesie, Psychiatrie und Psychoanalytik), 2 betreffen ehemalige Mitglieder der John Hopkins Universität und eine betrifft junge Ärzte im Alter unter 40 Jahren (siehe Tabelle 3).

In allen 10 Untersuchungen, die einen Vergleich mit der männlichen Bevölkerung zulassen, ist das Suizidge-schehen bei den männlichen Ärzten höher als in der männlichen weißen Bevölkerung gleichen Alters. Der Unterschied ist dabei allerdings mit dem 1,36 fachen niedriger als in England und Wales. Nimmt man nur die 7 Veröffentlichungen aus den Jahren nach dem 2. Weltkrieg, so liegt die Erhöhung des Suizidauf-kommens der männlichen Ärzte bei "nur" dem 1,11 fachen gegen-über der männlichen Bevölkerung. Einschränkend muß jedoch festgestellt werden, daß 4 dieser 7 Untersuchungen überlap-pende Zeiträume in den Jahren 1965 bis 1972 beinhalten und daß vor allem die verwandten Quellen äußerst fragwürdig sind.

Tabelle 3 Übersicht über den Suizid von männlichen Ärzten
in den Vereinigten Staaten von Amerika (US)

Zeitraum	Land/Ort	Autor	n	Prozent d. Ver- stor- benen	Sz	stand. Sz
1891-1903	US	Editorial	519		39,7	
1902-1910	US	Miner	502		46,0	336
1919	US	Editorial	38	1,8	23,8	
1912-1921	US	Knopf	398		27	
1925	US	Emerson	61	2,4	45,4	149
1938-1942	US	Dublin	326	1,9	39,0	104
1948	US	Editorial	48	1,5	28,7	119
1950	US	Guralnick	48	3,7	29,0	114
1949-1951	US	Dickinson	191	1,8	31,1	103
1965-1967	US	Craig	211	2,6	38,3	112
1965-1967	US	Blachly	187		30,3	
1965-1968	US	De Sole	291		33,0	
1965-1970	US	Steppacher	489		30,9	115
1966-1971	US	De Hart	599	3,2	30,8	109
1967-1972	US	Rich	544	3,0	35,7	103
1972	US	Smith	57	1,8		
1937-1956	Tulsa County	Powell	5		83	307
1950-1961	Oregon	Blachly	8		30,3	242
1959-1961	Kalifornien	Rose	48		77	203
1948-1964	J.Hopk.Uni.	Thomas	14		49,9	
1895-1965	US(nurPsych.)	Freeman	186			
1947-1966	US(nurAnaest)	Bruce	35	7,9		150
1967-1971	US(unter40J.)	Everson	77			
-1973	US(Analytik.)	Olin	16			
1948-1975	J.Hopk.Uni.	Thomas	13			
1976-1977	Oregon	Crawshaw	8			

Dänemark (siehe Tabelle 4)

In den 24 Jahren von 1935 bis 1959 wurde von LINDHARDT (58,59) ein durchschnittlich 1,53 fach gehäuftes Auftreten von Suiziden bei männlichen Ärzten im Vergleich zur Bevölkerung festgestellt. Von 1935 bis 1944 lag die Erhöhung beim 1,68 fachen, von 1945 bis 1949 beim 1,11 fachen und von 1950 bis 1959 beim 1,60 fachen.

Tabelle 4 Übersicht über den Suizid von männlichen Ärzten
in den Ländern Dänemark, Italien, Neu-Seeland,
Österreich, Schweiz und Süd-Afrika

Zeitraum	Land	Autor	n	Prozent d. Ver- stor- benen	Sz	stand. Sz
1935-1959	Dänemark	Lindhardt	67	5,1	69	153
1881-1884	Italien	Statistica	15	1,8		
1897-1911	Italien	Miner	41			
1840-1910	Neu-Seeland	Wright	14	1,5		
1848-1869	Österreich	Gruber	11	4,0	30,9	
1916-1925	Schweiz	Waldstein			47	112
1955-1963	Schweiz	Strobel	10	2,0		
1960-1966	Süd-Afrika	Dean	22	5,0	48,5	126

Italien und Neu-Seeland (siehe Tabelle 4)

Für diese beiden Länder ist kein Vergleich mit der Bevölkerung möglich.

Österreich (siehe Tabelle 4)

Die Veröffentlichung GRUBERS (45) aus dem Jahre 1870 betrifft die österreichischen Militärärzte und wurde bereits in der Einleitung besprochen.

Schweiz (siehe Tabelle 4)

Die Schweiz weist in den Jahren von 1916 bis 1925 ein 1,1 fach häufigeres Suizidgeschehen bei den männlichen Ärzten auf als in der männlichen Bevölkerung.

Süd-Afrika (siehe Tabelle 4)

In Süd-Afrika sind in den Jahren 1960 bis 1966 bei männlichen Ärzten 1,26 mal mehr Suizide aufgetreten als in der weißen männlichen Bevölkerung gleichen Alters.

2.1.2. Ländervergleich

Ein Ländervergleich des Suizids männlicher Ärzte ist für die Zeit von 1949 bis 1967 möglich und zwar für die Länder Dänemark (1950 bis 1959), Bundesrepublik Deutschland (1955), England und Wales (1949 bis 1953; 1959 bis 1963), Süd-Afrika (1960 bis 1966) und die Vereinigten Staaten von Amerika (1949 bis 1951; 1965 bis 1967).

In den Fällen, in denen zwei Ergebnisse pro Land zur Verfügung standen, wurde der Durchschnitt gebildet. Die

Ergebnisse dieser Berechnungen werden in Tabelle 5 angegeben. Die hieraus zu entnehmende Rangfolge der Suizidhäufigkeit von Ärzten in den einzelnen Ländern kann aus Tabelle 6 ersehen werden.

Tabelle 5 Ländervergleich der Suizide männlicher Ärzte
aus den Jahren 1949 bis 1967

Länder	Prozent der Verstorbenen	Suizid- ziffer	standardisierte Suizidziffer
BRD	6,5	48,0	127
Dänemark	6,4	69,0	160
England und Wales	3,7	34,1	184
Süd-Afrika	5,0	48,5	126
Vereinigte Staaten	2,2	34,7	108

Anmerkung zu Tabelle 5:

Die Zahlen aus der BRD beziehen sich auf die Altersgruppe der unter 65 Jahre alten Ärzte; die Angaben der übrigen Länder beziehen sich auf alle Altersgruppen.

Bei Betrachtung der 3 verschiedenen Parameter in Tabelle 6 lassen sich erhebliche Unterschiede zwischen der Rangfolge der Suizidziffern und der standardisierten Suizidziffer erkennen.

Der Suizid kommt bei dänischen Ärzten männlichen Geschlechts bezogen sowohl auf die verstorbenen als auch lebenden Ärzte am häufigsten vor, gefolgt von der Bundesrepublik

Deutschland und von Süd-Afrika im Mittelfeld. Den Schluß bilden die Ärzte aus England und Wales und die Ärzte aus den Vereinigten Staaten, bei denen Suizide halb so oft vorkommen wie bei den dänischen Ärzten.

Den ersten Rang, den die durch Suizid verstorbenen Ärzte der Bundesrepublik Deutschland in Prozent aller verstorbenen Ärzte einnehmen, bedarf einer Relativierung. Die zugrunde liegende Veröffentlichung berücksichtigt nur die Altersgruppe bis unter 65 Jahren, so daß die in Tabelle 5 angegebenen 6,5 % mit Sicherheit zu hoch gegriffen sind. Alle Angaben der übrigen Länder beziehen sich in dieser Tabelle 5 auf alle Altersgruppen. Den ersten Rang müßten folglich in der Rubrik, Prozent der Verstorbenen, in Tabelle 6, die Ärzte Dänemarks einnehmen.

Tabelle 6 Rangfolge der Länder betreffend die Suizide männlicher Ärzte in Prozent der verstorbenen Ärzte, in Suizidziffern und in standardisierten Suizidziffern

	Rang				
	1.	2.	3.	4.	5.
% der Verstorbenen	BRD	Dänemark	Süd-Afrika	England	US
Suizidziffer	Dänemark	Süd-Afrika	BRD	US	England
stand. Sz	England	Dänemark	BRD	Süd-Afrika	US

Im Vergleich der Suizide von Ärzten mit den Suiziden in der jeweiligen Bevölkerung wandelt sich das Bild grundlegend. Hier nimmt überraschend England und Wales den ersten Rang ein. Das Suizidgeschehen der englischen Ärzte ist nahezu doppelt so hoch wie in der englischen Bevölkerung. Dies ist darauf zurückzuführen, daß die englische Bevölkerung männlichen Geschlechts eine sehr niedrige Suizidziffer im Vergleich zu den englischen Ärzten hat.

Erwartet hat man dagegen aufgrund der bisherigen Ergebnisse, daß die dänischen Ärzte häufiger Suizide begehen als die dänische männliche Bevölkerung. Dies ist mit dem 1,6 fachen auch tatsächlich der Fall. Süd-Afrika und die Bundesrepublik Deutschland nehmen mit dem ca. 1 1/4 fachen einen mittleren Platz ein.

In den Vereinigten Staaten von Amerika unterscheidet sich dagegen das Suizidgeschehen der männlichen Ärzte mit dem 1,1 fachen am wenigsten vom Suizidgeschehen der männlichen Bevölkerung.

2.1.3. Altersverteilung

Ein Überblick über die Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzte muß aufgrund unterschiedlich vorgenommener Altersgruppierungen in der Literatur mit Hilfe von zwei verschiedenen Altersgliederungen vorgenommen werden. Beide Altersgliederungen beinhalten Zehnjahressprünge, die erste beginnend mit dem 25. Lebensjahr, die zweite beginnend mit dem 20. Lebensjahr.

Für die erste Altersgliederung konnten 16 Veröffentlichungen verwandt werden (6,13,19,20,21,22,46,47,48,58,59,66,82,91,93,103). 8 Veröffentlichungen stammen hiervon aus den US, 4 aus England und Wales, 2 aus Deutschland, 1 aus Dänemark und 1 aus Süd-Afrika.

Für die zweite Altersgliederung konnten 13 Veröffentlichungen herangezogen werden (6,18,20,21,22,33,39,43,44,89,91,93,103). 7 hiervon stammen aus den US, 5 aus Deutschland und 1 aus Süd-Afrika.

Die Summe der Ergebnisse der ersten Altersgliederung aus 16 Veröffentlichungen wird in Tabelle 7 unter I. und die Summe der Ergebnisse der zweiten Altersgliederung aus 13 Veröffentlichungen wird in der selben Tabelle 7 unter II. zahlenmäßig und in Prozent aller Altersgruppen angegeben.

Tabelle 7 Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzte in Anzahl und Prozent

I.			II.		
Alter	n	Prozent	Alter	n	Prozent
25-34	229	12,84	20-29	85	4,46
35-44	434	24,34	30-39	374	19,63
45-54	498	27,93	40-49	570	29,92
55-64	384	21,54	50-59	486	25,51
65-74	174	9,76	60-69	274	14,38
75-	64	3,59	70-	116	6,10
25-	1783	100,00	20-	1905	100,00

Die Ergebnisse aller Länder wurden zusammengefaßt, da zwischen den verschiedenen Ländern keine gravierenden Abweichungen bestanden.

Von 1783 männlichen Ärzten sind 37,2 % bis zum Alter von 44 Jahren und 65,1 % bis zum Alter von 54 Jahren durch Suizid verstorben. Bis zum 50. Lebensjahr sind es von 1905 männlichen Ärzten 54 % gewesen, die durch Suizid verstarben.

Einen Vergleich der Altersgliederung der durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzte mit der Altersgliederung der durch Suizid verstorbenen Bevölkerung erlauben 11 Veröffentlichungen (13,21,22,46,47,48,58,59,82,91,93). Hiervon stammen 6 Veröffentlichungen aus den US, 3 aus England und Wales und jeweils eine aus Dänemark und Deutschland.

Auf die insgesamt 1682 beobachteten Suizide von männlichen Ärzten in den 11 Veröffentlichungen entfallen 1331 erwartete Suizide (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8 Altersverteilung der beobachteten Suizide von Ärzten im Vergleich zu den aus der Bevölkerung erwarteten Suiziden

	Alter						20-
	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	
beobachtet	206	414	467	371	164	60	1682
erwartet	179	288	328	292	147	97	1331
stand. Sz	115	144	142	127	112	62	126

Das Verhältnis von 1682 beobachteten Suiziden von männlichen Ärzten zu 1331 erwarteten Suiziden entspricht einer 1,26 fachen Erhöhung des Suizidgeschehens von Ärzten im Vergleich zur Bevölkerung und zwar ohne Berücksichtigung des Alters.

Innerhalb der Altersgruppen weist nur die älteste Altersgruppe der über 75 jährigen männlichen Ärzte ein gegenüber der männlichen Bevölkerung erniedrigtes Suizidgeschehen auf. Man hätte 97 Suizide statt der tatsächlich 60 gefundenen Suizide erwartet.

Bei allen übrigen Altersgruppen treten Suizide von männlichen Ärzten häufiger auf als man dies anhand der Zahlen aus der männlichen Bevölkerung erwartet hätte. Mit dem 1,44 fachen bei den 35 bis 44 jährigen männlichen Ärzten und dem 1,42 fachen bei den 45 bis 54 jährigen männlichen Ärzten unterscheiden sich diese Altersgruppen am deutlichsten von der Bevölkerung. Mit der 1,27 fachen Erhöhung folgt die Altersgruppe der 55 bis 64 jährigen männlichen Ärzte. Am geringsten über der Bevölkerung liegen die männlichen Ärzte aus der Altersgruppe der bis 34 jährigen mit dem 1,15 fachen und die Altersgruppe der 65 bis 74 jährigen mit dem 1,12 fachen.

2.1.4. Suizidmethode

Die Suizidmethoden konnten 17 Veröffentlichungen entnommen werden (6,7,18,20,21,29,30,33,39,44,53,67,82,89,93,96,107). 12 Veröffentlichungen stammen hiervon aus den US, 3 aus Deutschland und je eine aus England und Süd-Afrika.

Den größten Anteil von allen 2060 Suiziden von männlichen Ärzten aus diesen 17 Veröffentlichungen nehmen mit 39,9 % die Vergiftungen (ICD E 950) ein, gefolgt von Erschießungen mit 34,8 % (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9 Suizidmethoden der männlichen Ärzte in Anzahl und Prozent aus 17 Veröffentlichungen

	ICD E									n
	950	951	952	953	954	955	956	957	958	
	<u>Gift</u>	<u>Gas</u> <u>Haus-</u> <u>halt</u>	<u>Gas</u> <u>übr.</u>	<u>Er-</u> <u>hän-</u> <u>gen</u>	<u>Er-</u> <u>trän-</u> <u>ken</u>	<u>Feu-</u> <u>er-</u> <u>waf-</u> <u>fen</u>	<u>Stich</u>	<u>Sturz</u> <u>a. d.</u> <u>Höhe</u>	<u>übr.</u>	
n	821	25	48	105	5	716	78	25	237	2060
Prozent	39,9	1,2	2,3	5,1	0,2	34,8	3,8	1,2	11,5	100

Diese Reihenfolge muß jedoch für die US angezweifelt werden, da 5 von 12 Veröffentlichungen, darunter die zwei umfangreichsten von STEPPACHER (93) und DE HART (21), an erster Stelle die Feuerwaffen nennen. Aus diesen 5 Veröffentlichungen stehen 487 Erschießungen 450 Vergiftungen gegenüber. Unter Berücksichtigung aller 12 Veröffentlichungen aus den US ergibt sich jedoch ein Verhältnis von 752 Vergiftungen zu 699 Erschießungen. Auf das verbleibende Viertel der insgesamt 2060 Suizide verteilen sich alle übrigen Suizidmethoden.

Ein Vergleich mit der Häufigkeit der Suizidmethoden in der Bevölkerung ist anhand der Ergebnisse von 4 Veröf-

fentlichungen aus den US möglich (18,21,39,82). Diese 4 Veröffentlichungen umfassen zusammen 1025 Suizide (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10 Suizidmethoden der männlichen Ärzte aus 4 Veröffentlichungen im Vergleich zur männlichen Bevölkerung in Anzahl und standardisierten Sz

	ICD E									n
	950	951	952	953	954	956	956	957	958	
	<u>Gift</u>	<u>Gas</u> <u>Haus-</u> <u>halt</u>	<u>Gas</u> <u>übr.</u>	<u>Er-</u> <u>hän-</u> <u>gen</u>	<u>Er-</u> <u>trän-</u> <u>ken</u>	<u>Feu-</u> <u>er-</u> <u>waf-</u> <u>fen</u>	<u>Stich</u>	<u>Sturz</u> <u>a. d.</u> <u>Höhe</u>	<u>übr.</u>	
n	430	90			78	295	29	12	107	1025
stand. Sz	336	33			61	68	117	46	232	-

Die Vergiftungen treten bei männlichen Ärzten 3,4 fach häufiger auf als in der männlichen Bevölkerung. Neben dieser "standesgemäßen" Suizidmethode ist mit Ausnahme der übrigen Suizidmethoden (ICD E 958) nur noch der Suizid durch Stich oder Schnitt häufiger als in der männlichen Bevölkerung. Der Unterschied beträgt allerdings nur das 1,2 fache. Ob es sich dabei ebenfalls um berufsspezifische Methoden (z.B. Skalpell, Schere, Sonde usw.) wie bei den Vergiftungen mit Medikamenten handelt, ist nicht ersichtlich. Die übrigen Suizidmethoden liegen erheblich unter den aus der Bevölkerung erwarteten Zahlen.

2.1.5. Fachgebiet

4 Veröffentlichungen aus den US geben über das Fachgebiet der letzten Tätigkeit der durch Suizid verstorbenen Ärzte Auskunft (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11 Fachgebiet der durch Suizid verstorbenen Ärzte
in absteigender Reihenfolge der Suizidziffern
(Durchschnitt aus 4 Veröffentlichungen)

Fachgebiet	Sz	Fachgebiet	Sz
Psychiatrie	59,6	Gynäkologie	27,3
Augenheilkunde	44,8	Pathologie	26,5
Allgemein Medizin	38,6	Assistenzärzte	25,5
Anaesthesie	38,6	Chirurgie allg.	24,5
Orthopädie	34,4	Radiologie	23,9
Urologie	32,0	Pädiatrie	14,8
Innere Medizin	31,9	übrige	28,4

Anmerkung zu Tabelle 11:

Der Durchschnitt der Suizidziffern der Orthopäden errechnete sich aus nur 3 Veröffentlichungen (7,18,71). Aus je 2 Veröffentlichungen errechnete sich die durchschnittliche Suizidziffer der Urologen (7,22), der Assistenzärzte (7,22) und der übrigen Fachgebiete (18,71). Für weitere Fachärzte wie z.B. der Dermatologie, der HNO-Heilkunde, der Neurologie usw. sind den 4 Veröffentlichungen keine Angaben zu entnehmen.

Übereinstimmend wird von den 4 herangezogenen Autoren BLACHLY (7), CRAIG (18), DE SOLE (22) und PITTS (71) angegeben, daß Psychiater das höchste Suizidgeschehen im Vergleich zu allen anderen Fachärzten aufweisen. Auf die Psychiater entfallen durchschnittlich 59,6 Suizide pro Jahr pro 100000 lebende Psychiater.

Die Kinderärzte haben das niedrigste Suizidaufkommen: es liegt bei durchschnittlich 14,8 Suiziden pro Jahr pro 100 000 lebende Kinderärzte. Die Allgemeingültigkeit dieses Ergebnisses ist allerdings fraglich, da die drei Veröffentlichungen von BLACHLY, CRAIG und DE SOLE denselben bzw. einen überlappenden Untersuchungszeitraum zwischen 1965 und 1968 aufweisen. PITTS, der die neuesten Ergebnisse von 1967 bis 1972 veröffentlichte, sieht die Kinderärzte nur auf dem 9. Rang mit einer Suizidziffer von 17 Suiziden. Nach PITTS kommen noch nach den Kinderärzten die Gynäkologen und zum Schluß die Pathologen.

2.1.6. Zusammenfassung

Der Suizid von männlichen Ärzten konnte anhand von 51 Untersuchungen aus 9 Ländern ausgewertet werden hinsichtlich der Anzahl der Suizide, der Suizide in Prozent der Verstorbenen, der Suizide im Vergleich zur Bevölkerung, dem Alter, der Suizidmethode und dem Fachgebiet.

26 der 51 Untersuchungen entfallen dabei allein auf die US. Diese 26 Untersuchungen aus den US beinhalten 4919 Suizide, das entspricht 87,3 % aller 5633 untersuchten Suizide.

Die übrigen 714 Suizide verteilen sich auf die Länder England und Wales, Deutschland, Dänemark, Österreich, Italien, Schweiz, Süd-Afrika und Neu-Seeland.

Trotz der Vielzahl unterschiedlicher Vorgehensweisen der Autoren, wie z.B. der Ausgliederung oder der Berücksichtigung der nicht berufstätigen Ärzte, können doch folgende Ergebnisse als gesichert gelten.

Häufigkeit des Suizids von männlichen Ärzten in verschiedenen Ländern

Bei Begrenzung auf den Zeitraum von 1949 bis 1967 kommt der Suizid von männlichen Ärzten am häufigsten in Dänemark mit einer Suizidziffer von 69 Suiziden vor. Es folgen im Mittelfeld die Bundesrepublik Deutschland und Süd-Afrika mit einer Suizidziffer von ca. 48 Suiziden. Das niedrigste Suizidgeschehen haben die englischen Ärzte mit 34,1 Suiziden und die Ärzte aus den US mit 34,7 Suiziden pro Jahr pro 100 000 lebende Ärzte. Diese Reihenfolge wird durch den Prozentanteil der Suizide von allen verstorbenen Ärzten bestätigt.

Häufigkeit des Suizids von männlichen Ärzten im Vergleich zur männlichen Bevölkerung

Im Vergleich zur männlichen Bevölkerung Englands unterscheiden sich die englischen männlichen Ärzte mit dem 1,84 fach erhöhten Auftreten von Suiziden am deutlichsten. Dänemark folgt mit dem 1,6 fachen Auftreten von Suiziden bei den männlichen Ärzten. Gleichauf liegen die männlichen Ärzte aus der Bundesrepublik Deutschland und Süd-Afrika mit dem ca.

1 1/4 fach höheren Suizidgeschehen. Am geringsten unterscheiden sich die männlichen Ärzte aus den US mit der 1,1 fachen Erhöhung des Suizidaufkommens gegenüber der weißen männlichen Bevölkerung.

Alter der durch Suizid verstorbenen Ärzte

Aus insgesamt 29 Untersuchungen konnte festgestellt werden, daß der Suizid von männlichen Ärzten mit 27,9 % am häufigsten im Alter zwischen 45 und 55 Jahren geschieht. Bis zum 45. Lebensjahr stirbt gut ein Drittel aller durch Suizid verstorbenen Ärzte (37,2 %), bis zum 50. Lebensjahr ist es bereits mehr als die Hälfte (54 %) und bis zum 55. Lebensjahr sind es ca. zwei Drittel aller durch Suizid verstorbenen Ärzte (65,1 %).

Aus 11 Untersuchungen konnte ein Vergleich mit der Bevölkerung erstellt werden. Im Vergleich zur männlichen Bevölkerung im jeweils gleichen Alter versterben die 35 bis 54 jährigen männlichen Ärzte 1,4 mal häufiger durch Suizid, bei den 55 bis 64 jährigen männlichen Ärzten sind es noch 1,3 mal mehr und bei den bis 34 jährigen und den 65 bis 74 jährigen 1,1 mal mehr. Mit etwa einem Drittel unter dem erwarteten Wert liegt nur bei den über 75 Jahre alten männlichen Ärzten das Suizidgeschehen im Vergleich zur gleichaltrigen männlichen Bevölkerung.

Suizidmethode der durch Suizid verstorbenen Ärzte

Aus 17 Untersuchungen kann geschlossen werden, daß die Suizidmethode der Vergiftung mit 39,9 % bei den männlichen Ärzten am häufigsten zu beobachten ist. Annähernd gleich viele Erschießungen wie Vergiftungen sind nur in den US ermittelt worden.

Ein Vergleich mit der Bevölkerung kann nur 4 Untersuchungen entnommen werden. Die Vergiftungen liegen bei den männlichen Ärzten mit dem 3,4 fachen über dem aus der Bevölkerung erwarteten Wert. Nur die Suizide durch Stich oder Schnitt liegen mit dem 1,2 fachen ebenfalls noch über der Bevölkerung. Alle übrigen Suizidmethoden kommen wesentlich seltener vor als man dies anhand der Ergebnisse aus der Bevölkerung erwartet hätte.

Fachgebiet der durch Suizid verstorbenen Ärzte

4 Untersuchungen beschreiben die Fachgebietszugehörigkeit der durch Suizid verstorbenen Ärzte. Psychiater versterben 4 mal häufiger durch Suizid als Kinderärzte. Die Suizidziffer der Psychiater beträgt dabei durchschnittlich 59,6 Suizide pro 100 000 lebende Psychiater pro Jahr im Gegensatz zu 14,8 Suiziden pro 100 000 lebende Kinderärzte pro Jahr.

2.2. Ärztinnen

2.2.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens

In den letzten Jahren gewinnt zunehmend die Rolle der Ärztin am Suizidgeschehen, vor allem in den US, an Bedeutung. In 11 gefundenen Veröffentlichungen wurden insgesamt 152 Suizide von Ärztinnen registriert (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12 Übersicht über Veröffentlichungen über den Suizid von Ärztinnen

Zeitraum	Land/Ort	Autor	n.	Prozent d. Ver- stor- benen	Sz	stand. Sz
1916-1925	Schweiz	Waldstein	1		50,0	450
1959-1961	Kalifornien	Rose	1		18,0	110
1895-1965	US (nur Psych)	Freeman	17			
1950-1965	Düsseldorf	Fuchs	5		99,7	
1960-1966	Süd-Afrika	Dean	1	4,6	17,9	40
1945-1967	Hamburg	Enders	5	8,8		
1965-1967	US	Craig	17	5,7	40,5	360
1965-1970	US	Steppacher	41		33,6	320
1967-1971	US (unter 40 J.)	Everson	11			220
1967-1972	US	Pitts	49	6,6	40,7	360
1948-1975	J. Hopk. Uni.	Thomas	4			

Aussagekräftige Ergebnisse sind anhand der 11 Veröffentlichungen nur sehr eingeschränkt zu erhalten. 7 Untersuchungen weisen erhebliche Mängel auf wie niedrige Fallzahlen bei ROSE (82), DEAN (20) und WALDSTEIN (102), eingegrenzte Modalitäten wie nur eine Facharztgruppe bei FREEMAN (39), Alter nur bis 40 Jahre bei EVERSON (34), nur eine Universität bei THOMAS (95) und ungenaue regionale Zuordnung bei FUCHS (44).

Von den übrigen 4 Veröffentlichungen entfallen 3 auf die US und eine auf das Bundesland Hamburg. Alle 3 umfangreichen Veröffentlichungen der US von CRAIG (18), STEPPACHER (93) und PITTS (71) überlappen sich zeitlich.

2.2.2. Anzahl der Suizide von Ärztinnen im Vergleich zur Bevölkerung

In 7 Veröffentlichungen werden die zahlenmäßigen Ergebnisse zur gleichaltrigen weiblichen Bevölkerung in Beziehung gesetzt (siehe Tabelle 12, 7. Spalte).

Verwertbar sind allerdings nur die 3 Veröffentlichungen aus den US von CRAIG (18), PITTS (71) und STEPPACHER (93). Danach tritt der Suizid bei den Ärztinnen 3,2 bis 3,6 fach häufiger auf als in der weiblichen Bevölkerung.

2.2.3. Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen Ärztinnen

In 6 Untersuchungen (18,33,39,44,71,93) wurde eine Altersgliederung vorgenommen (siehe Tabelle 12 a).

Tabelle 12 a Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen
Ärztinnen

Autor	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-	20-
Freeman	2	3	4	4	4	0	17
Fuchs	0	0	4	1	0	0	5
Enders	0	1	2	2	0	0	5
Craig	4	4	5	2	1	1	17
Steppacher	5	11	11	7	3	4	41
n I	11	19	26	16	8	5	85
Pitts		19			30		49
n II		49			85		134
Prozent		37 %			63 %		100 %

Unter Einbeziehung der Arbeit PITTS (71), der nur die beiden Altersgruppen der unter und über 40 jährigen Ärztinnen angibt, errechnet sich annähernd folgende prozentuale Verteilung: 37 % gehören der Altersgruppe unter 40 Jahren an, ca. 66 % den unter 50 und das letzte Drittel den über 50 Jahre alten Ärztinnen.

Nachdem der Anteil der lebenden Ärztinnen in der Altersgruppe bis 50 Jahre nach STEPPACHER (93) überrepräsentiert ist, sagen diese Prozentsätze jedoch nicht allzuviel aus.

Nur STEPPACHER (93) vergleicht altersspezifische Suizidziffern bei Ärztinnen mit den Suizidziffern aus der weiblichen Bevölkerung (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13 Die beobachtete Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen Ärztinnen nach STEPPACHER (93) im Verhältnis zu den erwarteten Zahlen und die hieraus errechnete standardisierte Suizidziffer

Autor		Alter						
		25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	25-
Steppacher	b	9	15	6	7	3	1	41
	e	3	3,5	3,1	1,7	1	0,4	12,7
stand. Sz		300	429	194	412	300	250	323

Die Altersgruppe der 35 bis 44 jährigen Ärztinnen weist mit der 4,3 fachen Suizidhäufigkeit die höchste Steigerung gegenüber der Bevölkerung auf. Die 1,9 fache und zugleich geringste Erhöhung zeigen unerwartet die Ärztinnen im Klimakterium im Alter von 45 bis 54 Jahren. Die restlichen Werte weichen nur unbedeutend von der 3,2 fachen Erhöhung des Suizids aller von STEPPACHER untersuchten Ärztinnen ab.

2.2.4. Suizidmethoden der durch Suizid verstorbenen Ärztinnen

In 6 Untersuchungen wurden Suizidmethoden angegeben (18,32,39,44,71,93). Am häufigsten kamen in allen 6 Untersuchungen die Vergiftungen vor, bei CRAIG (18) in 82,3 %, bei ENDERS (33) in 80 %, bei FREEMAN (39) in 70,6 %, bei FUCHS (44) in 100 %, bei PITTS (71) in 71,1 % und bei STEPPACHER (93) in

75,6 %. Der Anteil der Vergiftungen am Suizidgeschehen liegt im Vergleich hierzu in der weiblichen Bevölkerung bei ca. 45 %. Die restlichen Prozentanteile der Suizide von Ärztinnen verteilen sich nicht näher erwähnenswert auf andere Suizidmethoden.

2.2.5. Fachgebiet der durch Suizid verstorbenen Ärztinnen

Nur PITTS (71) veröffentlichte Angaben über das Fachgebiet. Schlußfolgerungen lassen sich aus diesen Angaben jedoch nicht ziehen. Es fehlen die Bezugswahlen der lebenden Ärztinnen im jeweiligen Fachgebiet. PITTS unterteilt die Angaben in anerkannte Fachärztinnen und in Tätigkeitsbereiche. 5 durch Suizid verstorbene Ärztinnen hatten einen Facharztstitel. Je eine Fachärztin hatte den Titel in Ophtalmologie, Radiologie, Pathologie, Pädiatrie und Präventivmedizin. 15 Ärztinnen arbeiteten in einer Familienpraxis, 5 in der Inneren Medizin, je 4 in der Pädiatrie und Psychiatrie, 3 in der Pathologie, 2 in der Präventivmedizin und je 1 in der Radiologie, Ophtalmologie, Anaesthesie und Gynäkologie. Von den 8 Ärztinnen, die sich noch im "residency training" befanden, arbeiteten je 2 in der Psychiatrie und Inneren Medizin und je 1 in der Pädiatrie, Gynäkologie, Radiologie und Pathologie.

2.2.6. Zusammenfassung

Verwertbare Ergebnisse, die den Suizid bei Ärztinnen betreffen, sind nur aus US-Untersuchungen zu gewinnen. Anhand dieser Untersuchungen ergibt sich, daß der Suizid bei Ärztinnen ca. 3 bis 4 mal häufiger auftritt als in der weiblichen Bevölkerung.

Die altersspezifische Suizidhäufigkeit der Ärztinnen im Vergleich zur Bevölkerung ist nur der Untersuchung von STEPPACHER (93) zu entnehmen, der insgesamt eine 3,3 mal höhere Suizidrate bei allen Ärztinnen festgestellt hat. Die Altersgruppe der 35 bis 44 jährigen Ärztinnen weist mit dem höchsten Wert eine 4,3 fache Suizidhäufigkeit wie in der altersentsprechenden weiblichen Bevölkerungsgruppe auf. Die 1,9 fache und zugleich geringste Erhöhung zeigen unerwartet die Ärztinnen im Klimakterium im Alter von 45 bis 54 Jahren.

Die bevorzugteste Suizidmethode ist mit ca. 75 % bei Ärztinnen, im Gegensatz zur weiblichen Bevölkerung mit ca. 45 %, die Einnahme von festen und flüssigen Stoffen (ICD E 950).

Verwertbare und aussagekräftige weitere Parameter wie personenstandsbezogene und berufliche Daten, Gesundheitszustand, Suizidmotive usw. konnten nicht gefunden werden.

2.3. Männliche Zahnärzte

2.3.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens

Der Suizid bei Zahnärzten ist bisher erst in wenigen Ländern registriert worden. Die erste vorgefundene Veröffentlichung erfolgte 1927 durch das HMSO in London und betrifft den Zeitraum von 1921 bis 1923 in England und Wales (47). Von diesem Zeitpunkt an konnten insgesamt 13 Veröffentlichungen gefunden werden (6,14,15,16,20,46,47,48,49,50,63,82,85), deren Ergebnisse in Tabelle 14 aufgelistet werden.

Tabelle 14 Übersicht über Veröffentlichungen über den Suizid bei männlichen Zahnärzten

Zeitraum	Land/Ort	Autor	n	Prozent d. Ver- stor- benen	Sz	stand. Sz
1921-1923	Engl.u.Wales	HMSO	11	3,26	42,0	206
1930-1932	Engl.u.Wales	HMSO	16			178
1950	US	Guralnick	27	4,53		137
1949-1953	Engl.u.Wales	HMSO	27	5,42	56,0	270
1951-1954	US	Moen	73	2,04		125
1950-1956	Oregon	Blachly	6		77,9	
1955-1960	US	Bureau	124	1,84		
1957-1961	Oregon	Blachly	3		46,2	142
1959-1961	Kalifornien	Rose	20		83,0	231
1959-1963	Engl.u.Wales	HMSO	14	3,89		140
1960-1966	Süd-Afrika	Dean	5	5,56	59,5	140
1961-1966	US	Bureau	115	1,89	25,9	
1968-1972	US	Bureau	85	2,03		185
1970-1972	Engl.u.Wales	Scarott	9	2,46	25,2	165

3 Veröffentlichungen (20,51,82) geben im Rahmen einer mehrere Berufe umfassenden Todesursachenstatistik nur über die Anzahl der Suizide Auskunft. 7 umfangreichere Veröffentlichungen geben auch über das Alter Auskunft. 6 hiervon erschienen in den US, wovon 4 vom Bureau of Economic Research and Statistics (14,15,16,63) und eine vom US Department of Health, Education and Welfare mit dem Autor GURALNICK (46) stammen. Die 7. Veröffentlichung wurde vom HMSO (47) herausgegeben. Als einziger Autor veröffentlichte BLACHLY (6) neben Anzahl und Alter auch die Suizidmethode.

Es existieren noch weitere Veröffentlichungen, die aber in Deutschland trotz größter Bemühungen nicht zu erhalten waren. Alle diese Artikel erschienen in kleineren Zeitschriften der Zahnmedizin in den US.

Insgesamt können aus den vorhandenen 13 Veröffentlichungen 562 Suizide von ohne Ausnahme nur männlichen Zahnärzten ausgewertet werden hinsichtlich Anzahl der Suizide, Suizide in Prozent der verstorbenen Zahnärzte, Suizidziffern und standardisierten Suizidziffern (siehe Tabelle 14).

Der Suizid von Zahnärztinnen scheint bisher noch keine Beachtung gefunden zu haben.

2.3.2. Anzahl der Suizide im Vergleich zur Bevölkerung

11 Veröffentlichungen geben Aufschluß über das Suizidaufkommen der Zahnärzte im Vergleich zum Suizidaufkommen in der Bevölkerung (siehe Tabelle 14, letzte Spalte). In keinem Fall ergab sich bei den Zahnärzten ein erniedrigtes Vor-

kommen von Suiziden.

Die niedrigste Erhöhung mit dem Faktor 1,25 gibt MOEN (63) für die US an, die höchste Erhöhung wurde mit dem 2,7 fachen in England und Wales gefunden (49).

2.3.3. Ländervergleich

Ein Ländervergleich ist nur zwischen den 3 Staaten Süd-Afrika, US und England möglich.

Die 1,4 fache und zugleich niedrigste Erhöhung des Suizidaufkommens der Zahnärzte gegenüber der Bevölkerung wurde in Süd-Afrika gefunden (20). Die US liegen mit dem durchschnittlich 1,5 fachen in der Mitte (16,46,63). England und Wales hat mit dem 1,9 fachen Suizidvorkommen bei Zahnärzten das höchste durchschnittliche Suizidaufkommen gegenüber der Bevölkerung (47,48,49,50,85) (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15 Ländervergleich: Suizide der Zahnärzte im Vergleich zu den Suiziden in der Bevölkerung

	Süd-Afrika	US	Engl.u.Wales
Suizide in % der Verstorbenen	5,56	2,47	3,76
standardisierte Suizidziffer	140	149	192

Anmerkung zu Tabelle 15:

Die in Tabelle 15 angegebenen prozentualen Anteile und die Sz sind Durchschnittswerte der Länderergebnisse aus Tabelle 14.

In der Tabelle 15 werden noch die durchschnittlichen Prozentsätze der Suizide von allen verstorbenen Zahnärzten zwischen den 3 genannten Ländern verglichen. Hier zeigen die US den geringsten Anteil und Süd-Afrika den höchsten.

2.3.4. Altersverteilung

Das Alter der durch Suizid verstorbenen Zahnärzte wird in 7 Veröffentlichungen (6,14,15,16,46,47,63) angegeben (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16 Altersverteilung des Suizids bei Zahnärzten

Zeitraum	Autor	Alter						
		20-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	20-
1921-1923	HMSO	1	4	3	2	1	0	11
1950	Guralnick	3	5	12	7	0	0	27
1951-1954	Moen	3	10	19	25	11	5	73
1955-1960	Bureau	4	14	26	40	23	17	124
1950-1961	Blachly	1	2	2	1	1	2	9
1961-1966	Bureau	7	24	16	40	15	13	115
1968-1972	Bureau	8	20	19	16	14	8	85
n		27	79	97	131	65	45	444
Prozent		6,1	17,8	21,9	29,5	14,6	10,1	100

Über die Hälfte aller in Tabelle 16 angegebenen Suizide entfällt auf die Altersgruppe der 45 bis 64 Jahre alten Zahnärzte.

Nur GURALNICK (46) bietet die Möglichkeit, die altersspezifischen Suizide von Zahnärzten mit den Angaben aus der Bevölkerung zu vergleichen. Danach sind in allen 4 Altersgruppen bei Zahnärzten häufiger Suizide zu finden als in der altersentsprechenden weißen männlichen Bevölkerung. In der Altersgruppe bis 34 Jahren kamen Suizide 2,7 fach und in der Altersgruppe der 35 bis 44 und der 45 bis 54 Jahre alten Zahnärzte 1,6 fach häufiger vor. Nahezu gleich hoch wie in der Bevölkerung waren die Suizide in der Altersgruppe der 55 bis 64 jährigen Zahnärzte mit dem 1,11 fach erhöhten Wert.

In 6 Arbeiten (14,15,16,46,47,63) lassen sich die Prozentsätze der durch Suizid verstorbenen Zahnärzte an der Gesamtzahl der in der jeweiligen Altersgruppe verstorbenen Zahnärzte errechnen (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17 Altersverteilung: Prozentsatz der durch Suizid verstorbenen Zahnärzte an der Gesamtzahl der in der jeweiligen Altersgruppe verstorbenen Zahnärzte

Zeitraum	Autor	Alter					
		20-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-
1921-1923	HMSO	3,5	9,5	4,3	3,5	2,4	-
1950	Guralnick	18,8	9,6	5,7	2,2	-	-
1951-1954	Moen	14,3	9,4	4,6	2,9	1,1	0,4
1955-1960	Bureau	6,1	7,5	4,8	2,6	1,2	0,7
1961-1966	Bureau	12,7	14,5	4,5	3,4	0,8	0,5
1968-1972	Bureau	18,2	17,4	7,0	2,6	1,1	0,4

Eine Untersuchung kommt aus England und Wales aus den Jahren 1921 bis 1923 (47). Die restlichen 5 Veröffentlichungen aus den US erlauben einen nahezu lückenlosen Überblick über die Jahre 1950 bis 1972. In den US verstarb danach in diesem Zeitraum ca. jeder 8. verstorbene Zahnarzt im Alter bis 44 Jahren durch Suizid.

2.3.5. Suizidmethode

BLACHLY (6) gibt bei 9 durch Suizid verstorbenen Zahnärzten folgende Suizidmethoden an: 3 Zahnärzte verstarben durch Gift, 2 durch Erschießen und je 1 durch Gas, Erhängen, Schnitt und Sprung aus der Höhe. Die Suizidmethode durch Gift nimmt mit 1/3 der Fälle bei den Zahnärzten nicht die große Rolle ein wie bei den Ärzten. Jedoch sind hier die Fallzahlen zu klein, um dieses Ergebnis als allgemeingültig zu erklären.

2.3.6. Zusammenfassung

Aus den 3 Ländern US, Süd-Afrika und England liegen 13 Veröffentlichungen über den Suizid von männlichen Zahnärzten vor. Über den Suizid bei Zahnärztinnen konnten keine Angaben gefunden werden. Alle 10 Veröffentlichungen, die Vergleiche mit der Bevölkerung zulassen, zeigen auf, daß der Suizid bei Zahnärzten häufiger vorkommt als in der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts.

Süd-Afrika weist die niedrigste Erhöhung mit dem 1,4 fach erhöhten Suizidaufkommen bei Zahnärzten gegenüber der

Bevölkerung auf, gefolgt von den US mit dem durchschnittlich 1,5 fach erhöhten Suizidaufkommen. Mit dem 1,9 fach erhöhten Auftreten von Suiziden bei Zahnärzten im Vergleich zur Bevölkerung hält England und Wales im Ländervergleich die Spitze. Nur Kalifornien überbietet innerhalb der US diesen Wert mit der 2,3 fachen Erhöhung.

In den US starb im Zeitraum von 1950 bis 1972 ca. jeder 8. Zahnarzt im Alter bis 44 Jahren durch Suizid. Nur die Arbeit GURALNICKS (46) läßt einen altersspezifischen Vergleich der Suizide der Zahnärzte mit den Suiziden der Bevölkerung zu. In allen Altersgruppen bis 65 Jahren war im Jahre 1950 in den US das Suizidaufkommen der Zahnärzte gegenüber der Bevölkerung erhöht. Die Erhöhung des Suizidaufkommens ist in der jüngsten Altersgruppe der Zahnärzte mit dem 2,7 fachen am höchsten. Mit zunehmendem Alter gleicht sich dann die Erhöhung dem Suizidaufkommen der Bevölkerung an.

Die Suizidmethode läßt keine allgemeingültigen Schlüsse zu. Weitere soziologische Parameter, psychische Erkrankungen, Suizidmotive usw. konnten nicht gefunden werden.

3. M E T H O D I K

3.1. Vorarbeit

Nach Stellung des Themas war zuerst zu prüfen, wie die durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte im Regierungsbezirk Oberbayern für den Zeitraum von 1963 bis 1978 vollständig zu ermitteln seien.

Der Weg über die Auswertung von Obduktionsunterlagen beim Institut für Rechtsmedizin der Universität München und den Landgerichtsärzten schied aus, da eine Obduktionspflicht bei Suizid gesetzlich nicht gegeben war. Eine weitere Möglichkeit, die Leichenschauschein beim Bayerischen Statistischen Landesamt einzusehen, wäre nur prospektiv möglich, da die Leichenschauschein nach Auswertung an die zuständigen Gesundheitsämter zurückgegeben werden müssen. Hinzu kommt, daß auf dem Leichenschauschein die Angabe des Berufes recht zweifelhaft ist. Ein berufsfremd tätiger oder ein im Ruhestand befindlicher Arzt oder eine ausschließlich im Haushalt tätige Ärztin kann z.B. als Vertreter, Pensionär oder Hausfrau in Erscheinung treten. Aus diesem Grund wäre auch neben einer arbeitstechnisch nicht mehr vertretbaren Durchsicht der Leichenschauschein bei einer Vielzahl von Gesundheitsämtern eine Ermittlung nicht durchführbar und zudem unvollständig gewesen.

Im Verlaufe dieser Überlegungen wurde offensichtlich, daß für diese Untersuchung die namentliche Kenntnis aller verstorbenen Ärzte und Zahnärzte, die zum Todeszeitpunkt in Oberbayern lebten, unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen

dieser Arbeit sein müßte.

Nachdem in Erfahrung gebracht wurde, daß die Bayerische Landesärztekammer und die Bayerische Landeszahnärztekammer die Karteikarten der Lebenden nach ihrem Ausscheiden z.B. durch Tod mit der Angabe des Todesdatums aufbewahren, ist diese erste wichtige Voraussetzung erfüllt.

Ohne Leichenschauschein hätte die Arbeit aber ebenfalls scheitern müssen. Daher mußte der Weg des Leichenschauscheins bei unklaren und nicht natürlichen Todesfällen mit Hilfe der einschlägigen Rechtsvorschriften (siehe Anmerkung) analysiert werden. Dabei ergab sich, daß ein Großteil dieser Rechtsvorschriften während des Untersuchungszeitraumes von 1963 bis 1978 geändert worden war. Bei der Überprüfung der alten und der neuen Vorschriften ergab sich, daß dies für die relevanten Bestimmungen nicht der Fall war. Im folgenden sei kurz aufgezeigt, auf welchem Weg der Leichenschauschein bei unklaren und nicht natürlichen Todesfällen bei Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen sein Ziel immer bei den zuständigen Staatsanwaltschaften findet.

Beim Suizid handelt es sich um einen nicht natürlichen Tod (Anmerkung Nr. 1 und Nr. 2). In diesem Fall ist jeder Leichenschauer verpflichtet, die Polizeibehörde oder die Gemeindebehörde oder die Staatsanwaltschaft zu verständigen (Anmerkung Nr. 3 und Nr. 4). Die Polizei und die Gemeindebehörde sind zur Anzeige an die zuständige Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht verpflichtet (Anmerkung Nr. 5 und Nr. 6). Im Falle der Benachrichtigung an den Amtsrichter hat dieser die

Pflicht, die Anzeige nach Erledigung der zuständigen Staatsanwaltschaft zu übersenden (Anmerkung Nr. 7 und Nr. 8).

Anmerkungen: (Abkürzungen siehe Abkürzungsverzeichnis)

1. Bekanntgabe des BStMdI vom 17.2.64 Nr.III 8-5315/15-1/64
2. Bekanntgabe des BStMdI vom 19.11.70 Nr.III 8-5315/2-1/70
(MABL Seite 858)
3. Oberpolizeiliche Vorschriften über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung vom 20.11.1885 § 9 Abs 2
4. Bestattungsgesetz vom 24.9.70 Art 18 Abs 1 Nr. 3 (GVBL Seite 417)
5. Strafprozeßordnung § 159 Abs 1
6. Verfahren über die Zuständigkeit bei Auffinden von Leichen,
MB v. 3.12.53 (StAnz.Nr.52/1953 Ziffer II Nr. 1)
7. Verfahren über die Zuständigkeit bei Auffinden von Leichen,
MB v. 3.12.53 (StAnz.Nr.52/1953 Ziffer VI)
8. Gemeinsame Bekanntmachung des Staatsministeriums der Justiz,
des Innern und der Finanzen vom 23.2.1973 (MABL Seite 181 ff
Nr. 4.3.)

Nachdem die leitenden Geschäftsführer der Ärztekammern nach Rücksprache mit deren Vorständen sowie sämtliche für Oberbayern zuständige leitende Oberstaatsanwälte meine Bitte um Karteieinsicht und Aktenauswertung genehmigt hatten, konnte die Arbeit beginnen.

3.2. Datenerhebung

3.2.1. Ermittlung der verstorbenen Ärzte und Zahnärzte bei den Ärztekammern

Aus der Kartei der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landeszahnärztekammer wurden für den Zeitraum von 16 Jahren vom 1.1.1963 bis 31.12.1978 zwei nach Ärzten und Zahnärzten getrennte alphabetisch geordnete Jahresverzeichnisse (Sterbeliste) aller 1627 verstorbenen Ärzte und aller 744 verstorbenen Zahnärzte erstellt, zusammen also 2371 Ärzte und Zahnärzte.

Es wurden nur diejenigen in die Sterbeliste aufgenommen, die ihren letzten Wohnsitz im Regierungsbezirk Oberbayern einschließlich Münchens hatten. Die Zugehörigkeit der Wohnsitze zu Oberbayern wurde anhand der beiden "Amtlichen Ortsverzeichnisse für Bayern (2,3) unter Berücksichtigung der Gebietsreform von 1972 überprüft.

In diese Sterbeliste wurden folgende Daten aufgenommen: Familienname, Vorname, Postleitzahl, letzter Wohnort, Facharztbezeichnung, Zeitpunkt der letzten ärztlichen Tätigkeit, Familienstand, Geburtsdatum, Geburtsort und Sterbedatum.

In 174 Fällen, in denen das Sterbedatum nicht bzw. nur ungenau aus der Kartei zu entnehmen war, konnte mit Hilfe von 81 Schreiben in Form eines Amtshilfeersuchens seitens der Bayerischen Landesärztekammer bei den Standesämtern des jeweils letzten Wohnsitzes in 140 Fällen das genaue Sterbedatum in Erfahrung gebracht werden. In den verbliebenen 34 Fällen waren

bei den Standesämtern keine Unterlagen vorhanden. In 32 Fällen war jedoch bei den Kammern das ungenaue Sterbedatum wenigstens auf das Jahr genau bekannt und nur in 2 Fällen mußte das Jahr des Ausscheidens aus der Ärztekammer als Sterbejahr vermutet werden,

3.2.2. Ermittlung der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte bei den Staatsanwaltschaften Oberbayerns

Anhand der Sterbelisten, die in der Bayerischen Landesärztekammer und in der Bayerischen Landeszahnärztekammer erstellt wurden, mußte bei den sechs für den Regierungsbezirk Oberbayern zuständigen Staatsanwaltschaften Augsburg, München I, München II mit Zweigstelle Ingolstadt und Traunstein mit Zweigstelle Rosenheim nach registrierten Todesfällen von Ärzten und Zahnärzten gesucht werden.

Bei Gleichheit des Namens und des Sterbejahres zwischen den Angaben der eigenen Sterbeliste und den Angaben aus den Karteien oder Registerbüchern der Staatsanwaltschaften wurden zunächst die dazugehörigen Aktenzeichen erfaßt. Bei den 34 Fällen, bei denen die Sterbedaten bei den Kammern nicht oder nur ungenau zu ermitteln waren, wurden bei jahrgangsweiser Registrierung der Verstorbenen in den Karteien und Registerbüchern der Staatsanwaltschaften alle Jahrgänge von 1963 bis 1978 durchgesehen.

Anhand der bisherigen Vorgehensweise konnten so 231 Aktenzeichen gefunden werden. Als Sicherungsmaßnahme wurden

zusätzlich sämtliche bei den Staatsanwaltschaften registrierten Verstorbenen mit dem Titel eines Doktors oder Professors namentlich und mit Aktenzeichen erfaßt. Dies waren weitere 279 Aktenzeichen.

In allen 510 Fällen, in denen Aktenzeichen auffindig gemacht werden konnten, wurden die dazugehörigen staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsberichte eingesehen. Zuerst wurden alle Verstorbenen, die weder Ärzte noch Zahnärzte waren, ausgeschieden, sodann alle Ärzte, die eines natürlichen Todes verstorben sind oder durch Unfälle verstorben sind oder ermordet worden sind.

Eindeutige Suizide wurden sofort in die Untersuchung aufgenommen. Dies war nach Ausschluß von Fremdverschulden bei allen harten Suizidmethoden wie Erhängen, Sprung aus der Höhe, Erschießen, Stich und Schnitt, bei Vorliegen eines Abschiedsbriefes und bei unmittelbar vorausgegangenen Suizidandrohungen gegenüber Zeugen insbesondere bei Gifteinnahme der Fall. Die Todesursache "Suizid" auf dem Leichenschauschein wurde jedoch nicht ohne weitere Prüfung hingenommen.

Häufig war eine sofortige Entscheidung zwischen Suizid und Unfall (Verkehrsunfall, Ertrinken, Vergiftung usw.) oder Suizid und natürlichem Tod nicht möglich. In diesen Fällen mußte eine genaue Prüfung der Todesumstände anhand der Akten erfolgen.

Bei Unfällen, speziell Verkehrsunfällen, spielte die Aufzeichnung des Unfallhergangs eine erhebliche Rolle. Wer in einer leichten Kurve bei trockenem und schönem Wetter ohne

zu bremsen geraudeaus auf einen 2 Meter vom Fahrbahnrand entfernten Baum fährt, bei dem darf mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein Suizid angenommen werden, wenn er zuvor noch dazu an der Arbeitsstelle seinen Kollegen psychisch auffiel.

Einige fragliche Suizide wurden in die Untersuchung nicht aufgenommen. Es war z.B. nicht zu klären, ob der Verstorbene schlief oder wach war, als er in der Morgendämmerung ein paar hundert Meter auf gerader Straße auf der linken Fahrbahnseite fuhr und ohne zu bremsen in einen entgegenkommenden Lastwagen raste. Die Angehörigen waren in ihren Äußerungen äußerst zurückhaltend. Die Polizei hatte zwar den Verdacht auf das Vorliegen eines Suizids, konnte aber nichts näheres in Erfahrung bringen.

Die Todesursache eines Alkoholikers, der Wochen nach seinem Verschwinden ertrunken in einem Gewässer aufgefunden wurde, wird niemals geklärt werden können, ob es ein Unfall oder ein Suizid war. Auch dieser Verstorbene wurde nicht in die Untersuchung aufgenommen.

Eine besondere Rolle spielten die Vergiftungen, was sowohl die Abgrenzung zum natürlichen Tod als auch zum Unfall betraf. Eine Abgrenzung zum natürlichen Tod mußte speziell bei Verstorbenen erfolgen, die erst Wochen nach ihrem Tod gefunden wurden. Eine Abgrenzung der Vergiftung zum Unfall mußte in allen übrigen Fällen erfolgen, in denen die Tatumstände (verwahrloste Wohnung, Medikamentenreste, Spritzen, Kanülen usw.) auf eine Vergiftung hinwiesen, unabhängig, ob der Verstorbene süchtig war oder nicht.

Zur Klärung der Todesursache Suizid wurde hier vor allem den Giftkonzentrationen in Geweben und im Leichenblut besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Bei nicht-süchtigen Verstorbenen war eine weit im tödlichen Bereich liegende Konzentration von z.B. Schlaf- oder Betäubungsmitteln bei Ausschluß von Fremdverschulden beweisend für einen Suizid.

Schwierig gestaltete sich jedoch die Zuordnung bei Verstorbenen, die süchtig waren, unter Toxikomanie litten oder einen erheblichen Medikamentenabusus, oft mit Alkoholismus verbunden, aufwiesen. Süchtige kommen bekanntlich durch die Dosissteigerung, z.B. bei Betäubungsmitteln, häufig in Bereiche von tödlichen Konzentrationen. Ob dies oder der "goldene Schuß" die Todesursache war, konnte zum Teil nicht geklärt werden.

Waren bei der letzten Gruppe keine weiteren Parameter für das Vorliegen eines Suizids zu finden, so wurden sie dennoch in die Untersuchung aufgenommen. Diese Vorgehensweise begründet sich darin, daß man bei Ärzten die Kenntnis des eben beschriebenen Sachverhalts voraussetzen darf. Wenn sich Ärzte trotz dieses Wissens dieser tödlichen Gefahr aussetzen, dann kann dies nur dadurch erklärt werden, daß sie einen tödlichen Ausgang durch ihre Handlung bewußt in Kauf nehmen. Viele Autoren stimmen so auch MENNINGER (60) zu, daß die Sucht ein chronischer Suizid sei.

Da trotz der beschriebenen Nachforschungen (Unfallprotokolle, Obduktionsberichte usw.) noch Zweifelsfälle übrigblieben, wurden weitere Anhaltspunkte, die für Suizid sprachen, herangezogen. Dies waren insbesondere Ergebnisse von

Zeugenbefragungen seitens der ermittelnden Kriminalbeamten. Diese Aufzeichnungen in den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsberichten waren diesbezüglich hervorragend geeignet. In jedem Fall wurden Zeugen befragt, wurde Motivforschung betrieben und wurde eine Charakteristik des Verstorbenen entworfen. Anhand dieser Nachforschungen konnte oftmals die Symptomatik des präsuizidalen Syndroms herausgearbeitet werden. Einer Aufnahme dieser Personen in die Untersuchung stand damit nichts mehr im Wege.

Insgesamt konnten 120 Suizide von männlichen und weiblichen Ärzten und Zahnärzten in den 16 Jahren vom 1.1.1963 bis 31.12.1978 gefunden werden. Mit Hilfe der Sterbepiste war dies in 104 Fällen möglich. Die restlichen 16 Suizide von Ärzten und Zahnärzten verdanken ihre Entdeckung der Sicherungsmaßnahme, alle Personen mit dem Titel eines Doktors oder Professors auf den Beruf eines Arztes und das Vorliegen eines Suizides hin zu prüfen.

Von diesen 16 Ärzten hatten 7 ihren festen Wohnsitz in Oberbayern; einer davon verweilte in der Kartei der Bayerischen Landesärztekammer noch unter den Lebenden. Eine Ärztin wohnte bereits seit Monaten und ein Arzt bereits seit zwei Jahren polizeilich unangemeldet in Oberbayern. Diese 9 Fälle erfüllten formell fraglos die Bedingungen einer Aufnahme in die Untersuchung. Weitere 3 Ärzte hielten sich seit ca. 4 Wochen beruflich bedingt in Oberbayern auf, wovon sich einer in Grundausbildung bei der Bundeswehr und einer bei einem Einführungslehrgang einer Pharmafirma befand.

3 Ärzte waren ohne ersichtlichen Grund erst seit ein paar Tagen in Oberbayern. Ein Arzt aus der DDR befand sich zu Urlaubszwecken in Oberbayern.

Zunächst war ja nur vorgesehen, die durch Suizid verstorbenen Ärzte mit letztem Wohnsitz in Oberbayern in die Untersuchung aufzunehmen. Unter Berücksichtigung der vorgesehenen Hochrechnung auf das gesamte Bundesgebiet und der Annahme von Suiziden oberbayerischer Ärzte außerhalb Oberbayerns wurden 6 von den zuletzt besprochenen 7 Suiziden in die Untersuchung mit aufgenommen. Der durch Suizid verstorbene Arzt aus der DDR fand keine Berücksichtigung.

4 von insgesamt 119 Akten waren unauffindbar. In 2 Fällen konnte die Suizidmethode jedoch durch die Karteikarte ermittelt werden, in einem weiteren Fall durch die damals ermittelnden Kriminalbeamten.

Die restlichen 115 Akten wurden ausgewertet hinsichtlich:

a) Personenstandsbezogene Daten:

Familiennamen, Geburtsnamen, Vornamen, PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr., Geburtsdatum, Geburtsort, Sterbedatum, Sterbeort, Geschlecht, Religion, Familienstand und Nationalität

b) Tathergang:

Todesursache nach dem ICD-Verzeichnis, Todesjahr, Todesmonat, Wochentag, Tageszeit, Einzelsuizid, erweiterter Suizid, Örtlichkeit, Ankündigung des Suizids und Hinterlassung einer Nachricht

c) Krankheiten:

Somatische Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Sucht, vorausgegangene Suizidversuche, vorausgegangene ambulante und/oder stationäre nervenärztliche Behandlung und Psychotherapie

d) Beruf:

Fachgebiet, Dienstrang, Arbeitsstelle, Pensionär, Hausfrau

e) Familie:

Geburtsjahr, Beruf, Suizidgeschehen, Todesdaten, Anzahl und Geschlecht der Ehepartner, Kinder, Eltern und Geschwister

f) Motivforschung durch die Kriminalbeamten

g) Zeugenaussagen

Sämtliche Angaben wurden - soweit vorhanden - in einen vier Seiten umfassenden Erhebungsbogen übernommen.

3.2.3. Erhebung berufsbezogener Daten bei der Bayerischen Landesärztekammer und Landes Zahnärztekammer

Bei der Bayerischen Landesärztekammer konnten 79 Personalakten und bei der Bayerischen Landes Zahnärztekammer 16 Personalakten hinsichtlich folgender berufsbezogener Daten ausgewertet werden: Datum der Approbation, Titel, Datum der Promotion, Fachgebiet, Arbeitsstelle, Niederlassung, Ende der ärztlichen Berufstätigkeit, Vorstrafen, Entzug der Approbation usw.. Auch fehlende personenstandsbezogene Daten konnten dadurch zum Teil ergänzt werden.

3.2.4. Ergänzung personenstandsbezogener und familiärer Daten beim Einwohnermeldeamt München

Fehlende personenstandsbezogene und familiäre Daten konnten für 63 in München wohnende Ärzte und Zahnärzte in 59 Fällen durch das Einwohnermeldeamt München mit Genehmigung durch das Bayerische Staatsministerium des Innern ergänzt werden. Bei den übrigen Ärzten und Zahnärzten waren diese Daten umfangreich von den Staatsanwaltschaften ermittelt worden.

3.2.5. Erhebung des Lebenslaufs bis zur Promotion

Bei 84 von 96 Ärzten und Zahnärzten mit dem Titel eines Doktors konnten die Lebensläufe aus deren Dissertationsschriften entnommen und ausgewertet werden. 8 Dissertationsschriften (3 aus dem Ausland und 5 deutsche) waren auch über die Fernleihe nicht zu erhalten. In 4 Dissertationsschriften war kein Lebenslauf angegeben worden.

Bei 5 Ärzten und Zahnärzten, die bei den Ärztekammern mit einem Dokortitel gemeldet waren, konnten keine Dissertationsschriften im Verzeichnis der Deutschen Hochschulschriften ausfindig gemacht werden, obwohl zumindest bei 3 Ärztinnen das Datum und der Ort der Promotion den Unterlagen der Ärztekammer entnommen werden konnte. Bei einem Arzt und einer Zahnärztin fehlten diese Angaben auch dort. Bei 2 Ärztinnen hiervon verliefen auch die Anfragen über die Fernleihe bei den angegebenen Universitäten ergebnislos.

Die zugänglichen Dissertationsschriften wurden ausgewertet hinsichtlich Kindheit, Ortswechsel, Schule, Dauer

des Studiums, Studienort, Ort und Datum der Dissertation, Wehrdienst, Kriegsdienst, Gefangenschaft, Beruf des Vaters usw..

Die Dissertationsthemen der 84 Ärzte und Zahnärzte wurden aus Anonymitätsgründen nicht in das Literaturverzeichnis aufgenommen.

3.2.6. Erhebung psychiatrischer Krankengeschichten der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte

Die Erhebung von 62 psychiatrischen Krankengeschichten von 46 Ärzten und Zahnärzten erfolgte ohne Anspruch auf Vollständigkeit mit Hilfe zwei verschiedener Methoden.

a) In den bedeutendsten Nervenkliniken Oberbayerns wurden die Patientenkarteen auf das Vorhandensein der 119 durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte durchgesehen. Anhand dieses Verfahrens konnten 45 Krankengeschichten von 35 Ärzten gefunden werden. Die 45 Krankengeschichten verteilen sich auf die Kliniken wie folgt:

Bezirkskrankenhaus Haar	11
Bezirkskrankenhaus Gabersee	1
Universitätsklinik der LMU München	18
Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München	9
Privatklinik Dr. PH. Schmidt in Gauting	6

b) 20 Anfragen wurden an andere Nervenkliniken im Bundesgebiet gerichtet, die in 17 Fällen eine Auswertung der Krankengeschichten von weiteren 11 Ärzten zuließen. 3 Anfragen verliefen ergebnislos. Die Klinikaufenthalte waren mit Ortsan-

gabe in den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsberichten aufgeführt worden. Von weiteren 3 Ärzten war nur die Tatsache aber nicht der Ort der stationären nervenärztlichen Behandlung angegeben worden.

Mit Hilfe der beiden Verfahren konnten so insgesamt für 46 der 49 Ärzte 62 dazugehörige Krankengeschichten ausgewertet werden hinsichtlich Diagnose, Sucht, Dauer der Erkrankung, Anzahl der Klinikaufenthalte, Zeitabstand zwischen letztem Klinikaufenthalt und Suizid, persönliche Daten, familiäre Daten usw..

3.3. Referenzmaterial

Um die Suizide von Ärzten und Zahnärzten mit den Suiziden in der oberbayerischen Bevölkerung vergleichen zu können, mußte sowohl die Anzahl und das Alter der lebenden und verstorbenen Ärzte und Zahnärzte als auch die Anzahl und das Alter der lebenden, der verstorbenen und speziell der durch Suizid verstorbenen oberbayerischen Bevölkerung ermittelt werden.

3.3.1. Lebende Ärzte und Zahnärzte

3.3.1.1. Anzahl der lebenden Ärzte

Die Anzahl der in Oberbayern lebenden Ärzte konnte getrennt nach dem Geschlecht jährlich für die Jahre von 1963

bis 1966 und 1973 bis 1978 anhand von Statistiken der Bayerischen Landesärztekammer festgestellt werden. Für die dazwischen liegenden fehlenden Jahre wurde von der Bayerischen Landesärztekammer keine Statistik speziell für Oberbayern erstellt. Auch der Kreisverband München und der Bezirksverband Oberbayern konnten nicht weiterhelfen.

Das Zahlenmaterial des Statistischen Landesamtes von Bayern war ungeeignet, da dort nur die berufstätigen Ärzte gezählt werden.

Für das Jahr 1967 und 1970 konnte lediglich noch bei der Bayerischen Landesärztekammer die Anzahl der in Oberbayern lebenden Ärzte, jedoch ohne Berücksichtigung des Geschlechts gefunden werden. Da sich aus den Zahlen der Jahre 1967 und 1970 und aus den Zahlen der Jahre 1963 bis 1966 und 1973 bis 1978 ersehen ließ, daß die Anzahl der Ärzte kontinuierlich zunahm, wurde eine regelmäßige Zunahme auch für die fehlenden 4 Jahre (1968, 1969, 1971, 1972) unterstellt, zunächst jedoch ohne Berücksichtigung des Geschlechts.

Da der Anteil der Ärztinnen 1966 noch bei 24,4 % und 1973 bereits bei 28,6 % aller Ärzte lag, wurde anhand des jährlichen 0,6 prozentigen Anstiegs für jedes Jahr ein 0,6 % höherer Anteil an Ärztinnen angenommen. Hieraus erließ sich sodann für die Ärztinnen der jährliche Bestand errechnen. Die Differenz zu allen Ärzten ergab dann die jährliche Anzahl der männlichen Ärzte.

Da für die gleichen Jahre auch Zahlenmaterial getrennt für München und übriges Oberbayern vorlag, wurde die

gleiche Art der Berechnung auch für diese Regionen durchgeführt.

Der gesamte 16 jährige Untersuchungszeitraum wurde in 4 gleiche Zeitabschnitte zerlegt. Die Zahlen für die einzelnen Abschnitte errechnen sich aus dem Durchschnitt der jeweiligen 4 zugehörigen Jahre (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18 Durchschnitt der Anzahl der in Oberbayern lebenden Ärzte und Ärztinnen in 4 Zeitabschnitten

		1963-1966	1967-1970	1971-1974	1975-1978	1963-1978
München	m	3218	3721	4360	4966	4066
	f	999	1447	1895	2208	1637
	n	4217	5168	6255	7174	5703
Oberbayern	m	2090	2379	2921	3493	2721
<u>o h n e</u>	f	511	689	969	1210	845
München	n	2601	3068	3890	4703	3566
Oberbayern	m	5308	6100	7281	8459	6787
<u>m i t</u>	f	1510	2136	2864	3418	2482
München	n	6818	8236	10145	11877	9269

3.3.1.2. Alter der lebenden Ärzte

Eine Altersgliederung der in Oberbayern lebenden Ärzte konnte nur für das Jahr 1977 gefunden werden und zwar in einer von der Bayerischen Landesärztekammer mittels elektroni-

scher Datenverarbeitung aufbereiteter Form, die neben der Geschlechtsverteilung auch noch eine Unterscheidung in Fachärzte, berufstätige und nicht berufstätige Ärzte erlaubte. Die prozentuale Altersverteilung dieser Statistik, die den Bestand vom 28.7.1977 erfaßte, wurde in Alterssprüngen zu je 10 Jahren, beginnend mit dem 25. Lebensjahr, für den Durchschnitt der lebenden Ärzte in den Jahren von 1975 bis 1978 verwandt.

Für Gesamt-Bayern konnten noch zwei nach Geschlechtern getrennte Altersstatistiken aus den Jahren 1961 und 1968 gefunden werden. Die Altersstatistik von 1961 beruht auf Angaben von KOLLER (56) aus der Volkszählung vom 6.6.1961 und die Altersstatistik von 1968 auf Angaben der Bayerischen Landesärztekammer. Letztere hat den Ärztebestand vom 1.1.1968 zum Inhalt.

Die von der Bayerischen Landesärztekammer im Jahre 1977 erstellte Altersstatistik ergab bei beiden Geschlechtern innerhalb der einzelnen Altersstufen keine groben Unterschiede zwischen Oberbayern und Gesamt-Bayern (siehe Tabelle 19).

Aufgrund dieser Tatsache wurden auch für die Altersstatistiken der Jahre 1961 und 1968 keine wesentlichen Unterschiede zwischen Gesamt-Bayern und Oberbayern angenommen.

Anhand der von Gesamt-Bayern im Jahre 1961 erstellten prozentualen Altersverteilung wurde sodann für den jährlichen Durchschnitt der 1963 bis 1966 in Oberbayern lebenden Ärzte eine prozentual gleiche Altersgliederung errechnet. Das selbe Verfahren wurde auf der Grundlage der gesamt-bayerischen Ergebnisse des Jahres 1968 für den jährlichen Durch-

schnitt der in Oberbayern lebenden Ärzte von 1966 bis 1970 durchgeführt.

Tabelle 19 Vergleich der prozentualen Verteilung der Altersgruppen zwischen Ärzten aus Oberbayern und Gesamt-Bayern aufgrund der Altersstatistik vom 28.7.1977

Alter	Ärzte			Ärztinnen		
	Ober-bayern	Gesamt-Bayern	standar-disiert	Ober-bayern	Gesamt-bayern	standar-disiert
25 - 34	22,7	22,4	101	21,8	23,5	93
35 - 44	26,0	24,1	108	33,2	30,1	110
45 - 54	13,9	13,5	103	17,8	17,9	99
55 - 64	20,3	22,4	91	16,6	18,5	90
65 - 74	12,5	13,3	93	8,1	7,8	104
75 -	4,7	4,4	107	2,4	2,3	107
25 -	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100

Für den Zeitabschnitt von 1971 bis 1974 wurden in Ermangelung einer Altersstatistik in diesem Zeitraum die Ergebnisse der Altersstatistik von 1968 und 1977 verwandt. Mit Hilfe des durchschnittlichen Prozentsatzes dieser beiden Altersstatistiken von 1968 und 1977 konnte eine Altersgliederung der lebenden Ärzte für die Jahre 1971 bis 1974 erstellt werden.

Die Ergebnisse aller 4 Zeitabschnitte werden in Tabelle 20 angegeben.

Tabelle 2o Die Altersverteilung der durchschnittlichen Anzahl der in Oberbayern lebenden Ärzte und Ärztinnen in 4 Zeitabschnitten

Zeit- abschnitt	Ge- schlecht	Alter						
		25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	25-
1963-1966	männlich	685	1608	1693	637	526	159	5308
	weiblich	311	642	379	113	51	14	1510
1967-1970	männlich	771	1107	2066	1346	507	303	6100
	weiblich	456	611	658	298	91	22	2136
1971-1974	männlich	1275	1536	1725	1618	788	339	7281
	weiblich	642	840	697	464	173	48	2864
1975-1978	männlich	1892	2034	1142	1894	1129	368	8459
	weiblich	802	1028	612	631	267	78	3418
1963-1978	männlich	1156	1571	1657	1374	737	292	6787
	weiblich	553	780	587	376	146	40	2482

3.3.1.3. Anzahl der lebenden Zahnärzte

Da die Anzahl aller in Oberbayern lebenden Zahnärzte und Zahnärztinnen weder bei der Bayerischen Landeszahnärztekammer, beim Zahnärztlichen Bezirksverband von Oberbayern, beim Zahnärztlichen Kreisverband München Stadt und Land noch beim Bayerischen Statistischen Landesamt in Erfahrung gebracht werden konnte, mußten die erforderlichen Zahlen wenigstens an-

näherungsweise aus anderen Statistiken errechnet werden.

Als Grundlage hierzu dienten die jährlich erstellten nicht veröffentlichten Statistiken der Bayerischen Landeszahnärztekammer, die die Anzahl der berufstätigen und nicht berufstätigen Zahnärzte ohne Berücksichtigung des Geschlechts leider jedoch nur für Gesamt-Bayern auswiesen, sowie die jährlich im Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen erschienenen Statistiken des Bayerischen Statistischen Landesamtes (4), die die Anzahl der in Oberbayern berufstätigen Zahnärzte wiedergeben. Von 1963 bis einschließlich 1971 erfolgte in der zuletzt angegebenen Statistik auch eine Unterscheidung nach dem Geschlecht. Der jährliche Prozentanteil der nicht berufstätigen Zahnärzte von allen Zahnärzten Gesamt-Bayerns wurde auch für Oberbayern willkürlich angenommen und der bekannten Anzahl der berufstätigen Zahnärzte Oberbayerns hinzugezählt.

Jetzt mußte noch die Geschlechtsverteilung berücksichtigt werden, die wie gesagt nur für die berufstätigen Zahnärzte Oberbayerns in den Jahren 1963 bis 1971 vorlagen. Für die nicht berufstätigen Zahnärzte wurde die selbe prozentuale Geschlechtsverteilung wie für die berufstätigen Zahnärzte angenommen. Sehr wahrscheinlich ist aber die Anzahl der nicht berufstätigen Zahnärztinnen höher, wie dies ja auch bei den Ärztinnen tatsächlich der Fall ist. Die Gesamtzahl aller Zahnärztinnen dürfte dadurch insgesamt etwas zu niedrig angesetzt sein, während die Gesamtzahl der männlichen Zahnärzte in Wirklichkeit geringfügig höher sein dürfte.

Für die Jahre 1972 bis 1978 fehlte jegliche Geschlechtsverteilung der Zahnärzte. Für diese 7 Jahre wurden

die Verhältnisse des Jahres 1970 angenommen: 20,12 % aller Zahnärzte waren weiblichen Geschlechts.

Die errechnete Anzahl der in Oberbayern lebenden Zahnärzte wird in 4 Zeitabschnitten unter Berücksichtigung des Geschlechts in Tabelle 21 angegeben.

Tabelle 21 Durchschnitt der Anzahl der in Oberbayern lebenden Zahnärzte und Zahnärztinnen in 4 Zeitabschnitten

	1963-1966	1967-1970	1971-1974	1975-1978	1963-1978
Zahnärzte	2204	2251	2448	2810	2428
Zahnärztinnen	435	500	599	702	559
n	2639	2751	3047	3512	2987

Die Gestaltung einer in Suizidziffern ausgedrückten Altersverteilung der Suizide von Zahnärzten ist nicht durchführbar, da keine Altersstatistik der in Oberbayern lebenden Zahnärzte gefunden werden konnte.

Existierende Altersstatistiken der Zahnärzte der Bundesrepublik Deutschland und Gesamt-Bayerns auf der Grundlage der Volkszählung vom 27.7.1970 sind für eine Berechnung der Altersverteilung der Zahnärzte Oberbayerns ungeeignet. Die Altersstatistik der BRD berücksichtigt sowohl erwerbstätige als auch nicht erwerbstätige Zahnärzte, die gesamt-bayerische Altersstatistik dagegen nur die erwerbstätigen Zahnärzte. Letztere unterscheiden sich aber innerhalb der Altersgruppen von den

Ergebnissen der BRD so erheblich, daß auf die Altersverteilung der nicht erwerbstätigen Zahnärzte in Gesamt-Bayern nicht zurückgeschlossen werden kann. Die Aufstellung einer Altersstatistik für die Zahnärzte Oberbayerns anhand dieser Ergebnisse wäre daher völlig aus der Luft gegriffen. Der prozentuale Anteil des Suizids am gesamten Sterbegeschehen innerhalb von Altersgruppen ist jedoch auch für Zahnärzte möglich.

3.3.2. Verstorbene Ärzte und Zahnärzte

Die verstorbenen Ärzte und Zahnärzte wurden bei der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landeszahnärztekammer zu Beginn dieser Untersuchung erfaßt. Es können lückenlose Daten über den gesamten Untersuchungszeitraum angegeben werden hinsichtlich Anzahl und Alter der verstorbenen Ärzte und Zahnärzte.

In Tabelle 22 wird die Anzahl der verstorbenen Ärzte und Ärztinnen angegeben, in Tabelle 23 die Anzahl der verstorbenen Zahnärzte und Zahnärztinnen, in Tabelle 24 die Altersgliederung der verstorbenen Ärzte und Zahnärzte und in Tabelle 25 das durchschnittliche Sterbealter.

Tabelle 22 Anzahl der verstorbenen Ärzte und Ärztinnen in
Gesamt-Oberbayern, in München und in Oberbayern
ohne München in vier Zeitabschnitten

Zeitraum	München			Oberbayern ohne München			Oberbayern mit München		
	n	m	f	n	m	f	n	m	f
1963-1966	176	153	23	174	162	12	350	315	35
1967-1970	202	174	28	172	149	23	374	323	51
1971-1974	198	163	35	223	201	22	421	364	57
1975-1978	207	168	39	275	241	34	482	409	73
1963-1978	783	658	125	844	753	91	1627	1411	216
%	48,1	46,6	57,9	51,9	53,4	42,1	100	100	100

Tabelle 23 Anzahl der verstorbenen Zahnärzte und Zahnärztin-
nen in Gesamt-Oberbayern, in München und in Ober-
bayern ohne München in vier Zeitabschnitten

Zeitraum	München			Oberbayern ohne München			Oberbayern mit München		
	n	m	f	n	m	f	n	m	f
1963-1966	79	74	5	87	79	8	166	153	13
1967-1970	75	70	5	104	94	10	179	164	15
1971-1974	85	78	7	111	100	11	196	178	18
1975-1978	79	69	10	124	116	8	203	185	18
1963-1978	318	291	27	426	389	37	744	680	64
%	42,7	42,8	42,4	57,3	57,2	57,8	100	100	100

Tabelle 24 Altersverteilung der verstorbenen Ärzte und Zahnärzte

	Ge- schlecht	Alter						
		25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	25-
Ärzte	männlich	34	42	137	293	378	527	1411
	weiblich	9	23	49	35	50	50	216
	n	43	65	186	328	428	577	1627
Zahnärzte	männlich	0	11	39	154	267	209	680
	weiblich	1	5	11	15	11	21	64
	n	1	16	50	169	278	230	744

Tabelle 25 Durchschnittliches Sterbealter aller von 1963 bis 1978 in Oberbayern verstorbenen Ärzte und Zahnärzte

Zeitraum	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
1963-1966	66,6	58,7	66,4	62,6
1967-1970	67,9	59,4	67,8	59,5
1971-1974	68,6	62,9	70,7	69,3
1975-1978	69,6	62,8	71,6	64,7
1963-1978	68,3	61,4	69,3	64,4

3.3.3.

Lebende Bevölkerung Oberbayerns

Um einen Vergleich des Suizidgeschehens der Ärzte und Zahnärzte mit dem Suizidgeschehen in der Bevölkerung zu ermöglichen, ist die Kenntnis der Anzahl der jährlich lebenden, der jährlich verstorbenen und der jährlich durch Suizid verstorbenen Bevölkerung Oberbayerns wesentliche Voraussetzung.

Bei den üblicherweise veröffentlichten Vergleichsdaten der Bevölkerung ist zu berücksichtigen, daß diese Daten in der Regel alle Altersgruppen umfassen, während Ärzte und Zahnärzte nahezu ausschließlich in der Altersgruppe der über 25 jährigen zu finden sind. Die Suizidziffer der Bevölkerung, die alle Altersgruppen umfaßt, ist beispielsweise für einen exakten Vergleich völlig ungeeignet. Die Suizidziffer der über 25 jährigen Bevölkerung ist ca. 30 bis 50 % höher als die Suizidziffer, die sich auf alle Altersgruppen bezieht.

Erschwerend kommt hinzu, daß die häufigste Altersgliederung in der Literatur, die den Suizid von Ärzten beinhaltet, Alterssprünge von 10 Jahren, beginnend mit dem 25. Lebensjahr, aufweist, während Bevölkerungsstatistiken in Deutschland üblicherweise Alterssprünge in vollen Lebensjahrzehnten (10, 20, 30 Jahre usw.) berücksichtigen. Hieraus folgt, daß die meisten veröffentlichten Daten, vor allem durch das Bayerische Statistische Landesamt, für einen Vergleich nicht verwertbar sind.

Dennoch konnten für alle drei Bereiche (Lebende, Verstorbene und Suizide), teils mit Einschränkungen, Statistiken erstellt werden, die einen exakten Vergleich zuließen.

Bei der lebenden Bevölkerung Oberbayerns war diese Erstellung noch am einfachsten. Für die Jahre 1973 bis 1978 konnten anhand der jährlich erscheinenden Statistischen Berichte des Bayerischen Statistischen Landesamtes: "Altersstruktur der Bevölkerung Bayerns" (5) die erforderlichen Zahlen errechnet werden, da die Angaben jedes Altersjahr berücksichtigten. Für die Jahre 1970 bis 1972 konnte unveröffentlichtes Material des Bayerischen Statistischen Landesamtes herangezogen werden. Für die Jahre vor 1970 gibt es keine Altersstatistik der in Oberbayern lebenden Bevölkerung.

In Tabelle 26 wird für die beiden letzten Vierjahresabschnitte des 16 jährigen Untersuchungszeitraumes die durchschnittlich in Oberbayern lebende Bevölkerung getrennt nach dem Geschlecht in Altersgruppen angegeben.

Tabelle 26 Altersverteilung der durchschnittlich in Oberbayern lebenden Bevölkerung in den beiden Vierjahresabschnitten 1971-1974 und 1975-1978

Alter	1971 - 1974			1975 - 1978		
	männlich	weiblich	n	männlich	weiblich	n
25-34	325975	285896	611871	296059	272951	569010
35-44	258436	229620	488056	301605	274396	576001
45-54	179842	224675	404517	199946	217942	417888
55-64	149181	206559	355740	139720	202468	342188
65-74	126347	185361	311708	133774	202073	335847
75-	49464	101124	150588	59194	120381	179575
25-	1089245	1233235	2322480	1130298	1290210	2420508

3.3.4. Verstorbene Bevölkerung Oberbayerns

Die Altersverteilung der verstorbenen Bevölkerung Oberbayerns konnte anhand von unveröffentlichten Statistiken des Bayerischen Statistischen Landesamtes für die Jahre 1965 bis 1978 errechnet werden. Diese unveröffentlichten Statistiken beinhalteten Alterssprünge von 5 Jahren.

Vor 1965 wurde vom Bayerischen Statistischen Landesamt keine altersspezifische Aufschlüsselung der verstorbenen Bevölkerung durchgeführt.

Das durchschnittliche Sterbealter der oberbayerischen Bevölkerung kann für einen Vergleich mit dem durchschnittlichen Sterbealter von Ärzten und Zahnärzten nicht herangezogen werden, da das durchschnittliche Sterbealter der oberbayerischen Bevölkerung nur die oberbayerische Gesamtbevölkerung, also einschließlich der 1 Tag bis 25 Jahre alten Bevölkerung, umfaßt, während das durchschnittliche Sterbealter der Ärzte und Zahnärzte nur die über 25 jährigen berücksichtigt.

Zudem wäre ein Vergleich nur zulässig, wenn die Alterspyramide der lebenden oberbayerischen Bevölkerung annähernd identisch wäre zur Alterspyramide der lebenden oberbayerischen Ärzte und Zahnärzte, was tatsächlich nicht der Fall ist (vergleiche hierzu Tabelle 20 mit Tabelle 26). Beispielsweise drücken viele junge lebende Ärztinnen und wenig alte lebende Ärztinnen das durchschnittliche Sterbealter erheblich nach unten.

In Tabelle 27 wird die Anzahl der Verstorbenen im jeweiligen Vierjahreszeitraum unter Berücksichtigung des Alters

und des Geschlechts angegeben. Der erste Zeitabschnitt beinhaltet nur die Jahre 1965 und 1966.

Tabelle 27 Alters- und Geschlechtsverteilung der verstorbenen Bevölkerung Oberbayerns in den Jahren von 1965 bis 1978

Jahr	Geschlecht	Alter						
		25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	25-
1965	männlich	812	997	2148	6746	9613	10663	30979
bis	weiblich	387	786	1669	4234	8462	14838	30376
1966	n	1199	1783	3817	10980	18075	25501	61355
1967	männlich	1857	2255	3884	13039	21742	23115	65892
bis	weiblich	822	1401	3147	8578	18504	34515	66967
1970	n	2679	3656	7031	21617	40246	57630	132859
1971	männlich	1890	2584	4469	11143	23667	24623	68376
bis	weiblich	865	1377	3413	7466	18718	39080	70919
1974	n	2755	3961	7882	18609	42385	63703	139295
1975	männlich	1573	2774	4912	9265	23557	27675	69756
bis	weiblich	793	1427	3201	6477	18827	43252	73977
1978	n	2366	4201	8113	15742	42384	70927	143733
1965	männlich	6132	8610	15413	40193	78579	86076	235003
bis	weiblich	2867	4991	11430	26755	64511	131685	242239
1978	n	8999	13601	26843	66948	143090	217761	477242

3.3.5. Suizide in der Bevölkerung Oberbayerns

Da die unveröffentlichte Statistik des Bayerischen Statistischen Landesamtes innerhalb der Altersgruppen auch die Todesursachen beinhaltete, konnte aus den Ergebnissen dieser Statistik die Anzahl der Suizide der über 25 jährigen Bevölkerung Oberbayerns errechnet werden hinsichtlich der Anzahl der Suizide und der Altersgliederung der durch Suizid verstorbenen Bevölkerung (siehe Tabelle 28) sowie der Suizidmethoden (siehe Tabelle 29).

Tabelle 28 Alters- und Geschlechtsverteilung der Suizide der Bevölkerung Oberbayerns in den Jahren 1965 - 1978

Jahr	Geschlecht	Alter						
		25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	25-
1965	männlich	116	120	131	176	95	52	690
bis	weiblich	56	62	82	106	84	43	433
1966	n	172	182	213	282	179	95	1123
1967	männlich	355	286	235	360	224	93	1553
bis	weiblich	146	139	217	203	159	88	952
1970	n	501	425	452	563	383	181	2505
1971	männlich	363	332	273	331	270	138	1707
bis	weiblich	183	140	246	225	197	125	1116
1974	n	546	472	519	556	467	263	2823
1975	männlich	353	381	364	246	263	159	1766
bis	weiblich	159	202	231	208	218	127	1145
1978	n	512	583	595	454	481	286	2911
1965	männlich	1187	1119	1003	1113	852	442	5716
bis	weiblich	544	543	776	742	658	383	3646
1978	n	1731	1662	1779	1855	1510	825	9362

Tabelle 29 Suizidmethoden der Bevölkerung Oberbayerns in
den Jahren 1965 bis 1978

Jahr	Geschlecht	ICD E								950- 958
		950	951 952	953	954	955	956	957	958	
		Gift	Gase	Er- hän- gen	Er- trän- ken	Feu- er- waf- fen	Stich	Sturz a. d. Höhe	übr.	
1965	m	181	9	293	55	75	15	31	31	690
bis	f	151	13	118	74	3	6	47	21	433
1966	n	332	22	411	129	78	21	78	52	1123
1967	m	486	14	602	83	180	20	64	104	1553
bis	f	403	17	212	120	13	10	95	82	952
1970	n	889	31	814	203	193	30	159	186	2505
1971	m	554	13	599	71	196	33	108	133	1707
bis	f	501	12	249	125	10	15	120	84	1116
1974	n	1055	25	848	196	206	48	228	217	2823
1975	m	537	42	682	62	208	40	74	121	1766
bis	f	519	6	279	103	14	16	107	101	1145
1978	n	1056	48	961	165	222	56	181	222	2911
1965	m	1758	78	2176	271	659	108	277	389	5716
bis	f	1574	48	858	422	40	47	369	288	3646
1978	n	3332	126	3034	693	699	155	646	677	9362

3.3.6. Suizidziffern der Bevölkerung Oberbayerns

Aus der Anzahl der in Oberbayern lebenden Bevölkerung und den Suiziden in Oberbayern lassen sich die Suizidziffern (Sz) der Bevölkerung Oberbayerns hinsichtlich der Anzahl der Suizide, den Altersgruppen der Suizidenten und den Suizidmethoden errechnen. Da für die Berechnung der Suizidziffern die Kenntnis der Anzahl der über 25 jährigen Bevölkerung Voraussetzung ist, diese aber nur für die Jahre 1970 bis 1978 vorliegt, können diese Suizidziffern nur für die beiden letzten Vierjahresabschnitte von 1971 bis 1974 und 1975 bis 1978 angegeben werden.

In Tabelle 30 werden die altersspezifischen Suizidziffern und in Tabelle 31 die Suizidziffern nach Suizidmethoden von der oberbayerischen Bevölkerung angegeben.

Tabelle 30 Altersverteilung in Suizidziffern der über 25 jährigen Bevölkerung Oberbayerns in den beiden Vierjahresabschnitten von 1971 - 1974 und 1975 - 1978

Jahr	Geschlecht	Alter						
		25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	25-
71-74	männlich	27,8	32,1	38,0	55,5	53,4	69,8	39,18
	weiblich	16,0	15,2	27,4	27,2	26,6	30,9	22,62
75-78	männlich	29,8	31,6	45,5	44,0	49,2	67,2	39,06
	weiblich	14,6	18,4	26,5	25,7	27,0	26,4	22,19
71-78	männlich	28,8	31,8	41,9	49,9	51,2	68,3	39,1
	weiblich	15,3	17,0	26,9	26,5	26,8	28,4	22,4

Tabelle 31 Suizidziffern der einzelnen Suizidmethoden der über 25 Jahre alten Bevölkerung in den beiden Zeitabschnitten von 1971 bis 1974 und 1975 bis 1978 sowie der hieraus errechnete Durchschnitt

Suizid- methode	Bevölkerung männlich			Bevölkerung weiblich		
	71 - 74	75 - 78	71 - 78 Ø	71 - 74	75 - 78	71 - 78 Ø
Gift	12,72	11,88	12,30	10,16	10,06	10,11
Gase	0,30	0,93	0,61	0,24	0,12	0,18
Erhängen	13,75	15,08	14,42	5,05	5,40	5,23
Ertränken	1,63	1,37	1,50	2,53	2,00	2,26
Feuerwaffen	4,50	4,60	4,55	0,20	0,27	0,23
Stich	0,76	0,88	0,82	0,30	0,31	0,31
Sturz a.d.H.	2,48	1,64	2,06	2,43	2,07	2,25
unb.u.sonst.	3,05	2,68	2,87	1,71	1,96	1,83
Summe	39,19	39,06	39,13	22,62	22,19	22,40

Da sich die Ergebnisse der beiden letzten Vierjahresabschnitte nur unwesentlich unterscheiden (siehe Tabelle 30 und 31), kann vorausgesetzt werden, daß der Durchschnitt der beiden Ergebnisse nicht wesentlich von den ersten beiden Vierjahresabschnitten von 1963 bis 1966 und von 1967 bis 1970 abweicht. Die aus den beiden Vierjahresabschnitten von 1971 bis 1974 und 1975 bis 1978 errechneten durchschnittlichen Suizidziffern bezüglich der Anzahl der Suizide, des Alters der durch Suizid Verstorbenen und der Suizidmethoden werden folg-

lich als Vergleichszahlen für den gesamten 16 jährigen Untersuchungszeitraum von 1963 bis 1978 verwandt.

Diese Vergleichszahlen ergeben für die über 25 jährige männliche Bevölkerung Oberbayerns eine Suizidziffer von 39,1 Suiziden pro 100 000 lebende pro Jahr und für die über 25 jährige weibliche Bevölkerung Oberbayerns eine Suizidziffer von 22,4 Suiziden pro 100 000 lebende pro Jahr.

3.4. Statistische Auswertung

Statistische Signifikanzberechnungen wurden mit Hilfe des χ^2 Testes für die Vierfeldertafel durchgeführt.

Die Berechnung der Signifikanz erfolgte bei Ergebnissen, die auffällige Unterschiede zur lebenden und durch Suizid verstorbenen Bevölkerung und zu den lebenden und verstorbenen Ärzten und Zahnärzten aufwiesen.

4. E R G E B N I S S E

4.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens

Bei den 6 für den Regierungsbezirk Oberbayern zuständigen Staatsanwaltschaften konnten insgesamt 120 Suizide von Ärzten und Zahnärzten, Ärztinnen und Zahnärztinnen in den 16 Jahren vom 1.1.1963 bis 31.12.1978 gefunden werden. Ein durch Suizid verstorbener Arzt aus der DDR wurde nicht in die Untersuchung aufgenommen.

Die verbleibenden 119 Suizide gliedern sich innerhalb der 6 Staatsanwaltschaften wie folgt:

Staatsanwaltschaft Augsburg	2
Staatsanwaltschaft München I	70
Staatsanwaltschaft München II	29
Zweigstelle Ingolstadt	5
Staatsanwaltschaft Traunstein	11
Zweigstelle Rosenheim	2

4.1.1. Suizidgeschehen in Gesamt-Oberbayern

4.1.1.1. Anzahl der Suizide

Die 119 Suizide verteilen sich auf Ärzte, Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen in den vier Zeitabschnitten des 16 jährigen Untersuchungszeitraumes vom 1.1.1963 bis 31.12.1978 wie in Tabelle 32 angegeben.

Tabelle 32 Anzahl der Suizide von Ärzten und Zahnärzten
in Oberbayern in 4 Zeitabschnitten zu je 4 Jahren

	Jahr				1963-1978
	1963-1966	1967-1970	1971-1974	1975-1978	
Ärzte	8	22	17	20	67
Ärztinnen	3	7	10	7	27
Zahnärzte	4	4	5	6	19
Zahnärztinnen	1	0	3	2	6
n	16	33	35	35	119

Ärzte:

Im ersten Vierjahresabschnitt von 1963 bis 1966 traten bei den Ärzten und Ärztinnen wesentlich weniger Suizide auf als in den übrigen drei Vierjahresabschnitten. Dieses zwei- bis dreifach geringere Auftreten von Suiziden im ersten Vierjahresabschnitt ist methodisch nicht zu erklären. In den übrigen Zeitabschnitten liegt sowohl bei den Ärzten als auch den Ärztinnen eine relativ gleich hohe Anzahl von Suiziden vor.

Im gesamten Untersuchungszeitraum von 1963 bis 1978 verstarben jährlich durchschnittlich 4 Ärzte und 2 Ärztinnen durch Suizid.

Zahnärzte:

Bei den Zahnärzten liegt ein relativ gleichbleibendes Auftreten von durchschnittlich 4,75 Suiziden in jedem der vier Zeitabschnitte vor.

Auf die 6 Suizide von Zahnärztinnen entfallen auf die letzten beiden Zeitabschnitte von 1971 bis 1974 und 1975 bis 1978 5 Suizide (83 %). Ob dieses Ergebnis zufällig ist, oder ob sich in den darauf folgenden Jahren dieses Ergebnis bestätigen ließe, sei dahingestellt.

4.1.1.2. Vergleich der Suizide von Ärzten und Zahnärzten mit den Suiziden in der Bevölkerung

Der Vergleich der Suizide von Ärzten und Zahnärzten mit den Suiziden in der Bevölkerung läßt zwei Verfahren zu. Für die Gesamtzahl der Suizide werden beide Verfahren angewandt.

a) Es wird die Anzahl der Suizide von Ärzten pro 100 000 lebende Ärzte pro Jahr angegeben. Diese als Suizidziffern bezeichneten Ergebnisse werden sodann mit den Suizidziffern in der Bevölkerung verglichen.

b) Es wird die Anzahl der Suizide von Ärzten in Prozent aller verstorbenen Ärzte angegeben, worauf diese Ergebnisse mit den analogen Ergebnissen in der Bevölkerung verglichen werden.

Für über die Anzahl hinausgehende Parameter wie Alter, Suizidmethode usw. wird nach Möglichkeit das Verfahren mit der Suizidziffer durchgeführt. Wo dies nicht möglich ist, wird auf das prozentuale Verfahren mit den Verstorbenen zurückgegriffen.

zu a) Vergleich auf der Grundlage von Suizid-
ziffern

Für die Berechnung der Suizidziffer mußte neben den ermittelten Suiziden sowohl die jährliche Anzahl aller lebenden Ärzte und Zahnärzte als auch die jährliche Anzahl der lebenden Bevölkerung im Alter über 25 Jahren bekannt sein. Für einen exakten Vergleich konnten diese Bedingungen bei den Ärzten für die Jahre 1963 bis 1967 und 1973 bis 1978 erfüllt werden. In der Bevölkerung war dies für die Altersgruppe über 25 Jahren nur für die Jahre 1970 bis 1978 möglich.

Für die übrigen Jahre von 1968 bis 1973 war Material von Ärzten und Zahnärzten vorhanden, das sich entweder auf das gesamte Land Bayern oder nur auf berufstätige Ärzte und Zahnärzte in Oberbayern zum Teil ohne Geschlechtsverteilung bezog. Unter Berücksichtigung des gesamten gesammelten Materials konnten dann doch noch zumindest annäherungsweise die Suizidziffern der Ärzte und Zahnärzte für die verbliebenen Jahre berechnet werden. Im Abschnitt 3.3.1. wurden bereits die Quellen sowie die daraus resultierenden Berechnungen eingehend erörtert.

Eine detaillierte Wahrscheinlichkeitsberechnung der Suizidziffern der Bevölkerung im Alter über 25 Jahren konnte für die fehlenden Jahre von 1963 bis 1970 unterbleiben, da sich die Suizidziffern in der Bevölkerung nur geringfügig im Verlauf der Jahre verändern (siehe Tabelle 33: Suizidziffern der Bevölkerung). Für die Jahre 1963-1970 kann somit die gerundete Suizidziffer der Jahre 1971 bis 1978 verwandt werden.

Diese Suizidziffer von 1971 bis 1978 bildet auch die Grundlage für den gesamten Untersuchungszeitraum von 1963 bis 1978. Dennoch werden in Tabelle 33 für die Jahre 1963 bis 1970 die Suizidziffern der Bevölkerung aller Altersgruppen in Klammern angegeben. Diese unterscheiden sich doch recht erheblich von den Suizidziffern der über 25 Jahre alten Bevölkerung aus den Jahren 1971 bis 1978.

Tabelle 33 Vergleich der Suizidziffern der Ärzte mit den Suizidziffern der über 25 jährigen Bevölkerung Oberbayerns

	63 - 66	67 - 70	71 - 74	75 - 78	63 - 78
Ärzte m.	37,68	90,16	58,37	59,11	61,70
Bevölkerung m.	(26,44)	(28,73)	39,18	39,06	39 ca.
Ärztinnen	49,67	81,93	87,29	51,20	67,99
Bevölkerung f.	(14,45)	(14,97)	22,62	22,19	23 ca.
Zahnärzte m.	45,37	44,42	51,06	53,38	48,91
Bevölkerung m.	(26,44)	(28,73)	39,18	39,06	39 ca.
Zahnärztinnen	57,47	0	125,21	71,23	67,08
Bevölkerung f.	(14,45)	(14,97)	22,62	22,19	23 ca.

Anmerkung zu Tabelle 33:

Die in Klammern angegebenen Zahlen beziehen sich auf alle Altersgruppen in der Bevölkerung, die ohne Klammern angegebenen Zahlen beziehen sich auf die über 25 jährigen.

Nimmt man auch für die Jahre von 1963 bis 1970 die Suizidziffer der männlichen Bevölkerung mit 39 Suiziden und die der weiblichen Bevölkerung mit 23 Suiziden aus den Jahren von 1971 bis 1978 an, so erkennt man, daß bis auf zwei Ausnahmen alle Suizidziffern der Bevölkerung niedriger sind als die Vergleichszahlen der Ärzte und Zahnärzte.

Eine Ausnahme machen in den Jahren 1967 bis 1970 die Zahnärztinnen, die in diesem Zeitraum keinen Suizid aufweisen. Die zweite Ausnahme machen die männlichen Ärzte in den Jahren 1963 bis 1966, die mit einer Suizidziffer von 37,7 Suiziden nur geringfügig unter der Suizidziffer der Bevölkerung von 39 Suiziden liegen.

In Tabelle 34 wird die standardisierte Suizidziffer angegeben. Diese spiegelt das Verhältnis der Suizidziffer der beobachteten Ärztesuizide zu der Suizidziffer der Bevölkerung wieder. Die Suizidziffer der Bevölkerung erhält dabei immer den Wert 100 (z.B. Ärzte 231, Bevölkerung 100). Setzt man hier ein Komma zwischen zweit- und drittletzter Ziffer, so erhält man den Faktor, um wieviel fach höher oder niedriger die Suizidziffer bei den Ärzten im Vergleich zur Suizidziffer der Bevölkerung ist. Im Beispiel von oben würden also die Ärzte ein 2,31 fach höheres Suizidaufkommen aufweisen wie in der Bevölkerung. Dieser Wert entspricht in Tabelle 34 den tatsächlichen Verhältnissen bei den männlichen Ärzten in den Jahren von 1967 bis 1970.

Tabelle 34 Standardisierte Suizidziffern der durch Suizid
verstorbenen Ärzte und Zahnärzte

	63 - 66	67 - 70	71 - 74	75 - 78	63 - 78
Ärzte	97	231	149	152	158
Ärztinnen	127	210	385	231	296
Zahnärzte	116	114	130	137	125
Zahnärztinnen	147	0	553	321	292

Ärzte:

Nach den in der Tabelle 34 aufgezeigten Ergebnissen ergibt sich für die 16 Jahre des gesamten Untersuchungszeitraumes bei den männlichen Ärzten eine ca. 1,6 fach höhere Suizidhäufigkeit als in der gleichaltrigen männlichen Bevölkerung ($p < 0,0005$). Ist dieses Ergebnis schon bemerkenswert, so wird es noch erheblich von den Ärztinnen übertroffen. Diese versterben ca. 3 mal häufiger durch Suizid als die gleichaltrige weibliche Bevölkerung ($p < 0,0005$).

Zahnärzte:

Ähnlich hoch wie die Ärztinnen liegen mit dem nahezu 3 fach höheren Suizidaufkommen die Zahnärztinnen ($p < 0,005$). Die niedrigste Erhöhung zeigen die männlichen Zahnärzte mit dem 1,25 fachen Vorkommen von Suiziden im Vergleich zur gleichaltrigen männlichen Bevölkerung. Die Zahnärzte weisen jedoch die gleichmäßigste Erhöhung in allen vier Zeiträumen auf.

Als weitere Möglichkeit der Betrachtung der Suizide von Ärzten im Vergleich zur Bevölkerung werden in Tabelle 35 die beobachteten Suizide von Ärzten und Zahnärzten mit den aus der Bevölkerung erwarteten Suiziden verglichen.

Tabelle 35 Beobachtete Suizide von Ärzten und Zahnärzten
zu erwarteten Suiziden (b : e)

	63 - 66	67 - 70	71 - 74	75 - 78	63 - 78
Ärzte	8 : 8,2	22 : 9,5	17:11,4	20:13,2	67:42,4
Ärztinnen	3 : 2,4	7 : 3,3	10 : 2,6	7 : 3,0	27 : 9,1
Zahnärzte	4 : 3,4	4 : 3,5	5 : 3,8	6 : 4,4	19:15,2
Zahnärztinnen	1 : 0,7	0 : 0,3	3 : 0,5	2 : 0,6	6 : 2,1

Insgesamt hätte man 69 Suizide bei Ärzten und Zahnärzten beiderlei Geschlechts erwartet; tatsächlich waren es aber 119 Suizide. Diese 50 Suizide, die über 69 hinausgehen, entsprechen einer Steigerung von 72 Prozent.

Innerhalb der einzelnen Gruppen entspricht dies bei den männlichen Ärzten einer Steigerung um 58 Prozent, einer Steigerung um 197 Prozent bei den Ärztinnen, einer 25 prozentigen Steigerung bei den Zahnärzten und einer 186 prozentigen Steigerung bei den Zahnärztinnen.

zu b) Vergleich des Prozentanteils der Suizide am
gesamten Sterbegeschehen der Ärzte im Ver-
hältnis zur Bevölkerung

In Ermangelung einer Bekanntgabe der Anzahl aller lebenden Ärzte und Zahnärzte wurde in vielen veröffentlichten Untersuchungen auf den Prozentanteil des Suizides am gesamten Sterbeaufkommen zurückgegriffen. Dies war nötig, um überhaupt Vergleiche durchführen zu können.

Auch in dieser Untersuchung wird noch häufiger auf diese Methode zurückgegriffen werden müssen, obwohl sie im Vergleich mit Suizidziffern erheblich weniger aussagekräftig ist. Dies hat zwei Gründe. In die prozentuale Suizidhäufigkeit am gesamten Sterbegeschehen können unter bestimmten Voraussetzungen zwei Störfaktoren einfließen. Sind diese vorhanden, so entsteht dadurch beim Vergleich mit der Bevölkerung ein völlig verkehrtes Bild. Zum einen ist dies der Fall, wenn die Altersverteilung der Lebenden der untersuchten Gruppe erheblich von der Altersverteilung der Lebenden in der Bevölkerung abweicht, zum anderen, wenn die Gesamtsterblichkeit der untersuchten Gruppe zur Gesamtsterblichkeit der Bevölkerung erheblich differiert.

Zulässig ist der Vergleich der prozentualen Suizidhäufigkeit am gesamten Sterbegeschehen also nur, wenn die Altersstruktur der Lebenden und das gesamte Sterbegeschehen der untersuchten Gruppe von der Bevölkerung nicht erheblich abweicht. Die männlichen Ärzte und Zahnärzte erfüllen diese Bedingung zumindest annäherungsweise im Gegensatz zu den Ärz-

tinnen und Zahnärztinnen. Der Prozentsatz der jungen lebenden Ärztinnen ist im Vergleich zur lebenden weiblichen Bevölkerung wesentlich höher, während der Prozentsatz der alten Ärztinnen wesentlich niedriger ist. Daraus folgt, daß die Betrachtung des prozentualen Anteils des Suizids am gesamten Sterbegeschehen nur innerhalb einzelner Altergruppen zulässig und aussagekräftig ist.

Um dies zu verdeutlichen, werden in Tabelle 36 die Ergebnisse der Ärzte mit den Ergebnissen in der Bevölkerung verglichen.

Tabelle 36 Prozentanteil des Suizids von allen verstorbenen
Ärzten im Vergleich zum Prozentanteil des Suizids
in der über 25 Jahre alten Bevölkerung

	63 - 66	67 - 70	71 - 74	75 - 78	63 - 78
Ärzte m.	2,54	6,81	4,67	4,89	4,75
Bevölkerung m.	(2,31)	2,36	2,50	2,53	2,43
Ärztinnen	8,57	13,73	17,54	9,59	12,50
Bevölkerung f.	(1,45)	1,42	1,58	1,55	1,51
Zahnärzte m.	2,61	2,44	2,81	3,24	2,79
Bevölkerung m.	(2,31)	2,36	2,50	2,53	2,43
Zahnärztinnen	7,69	0	16,67	11,11	9,38
Bevölkerung f.	(1,45)	1,42	1,58	1,55	1,51

Anmerkung zu Tabelle 36:

Die in Klammern angegebenen Prozentsätze der Bevölkerung im ersten Zeitabschnitt von 1963 bis 1966 beziehen sich auf die Verstorbenen aller Altersgruppen, da vom Bayerischen Statistischen Landesamt vor 1965 weder eine altersspezifische Aufschlüsselung der verstorbenen Bevölkerung Oberbayerns noch eine altersspezifische Aufschlüsselung der Todesursachen durchgeführt wurde. Die übrigen Zahlen aus der Bevölkerung, die die altersspezifische Anzahl an Suiziden und Verstorbenen betreffen, wurden aus den jährlichen Ergebnissen der nicht veröffentlichten Unterlagen des Bayerischen Statistischen Landesamtes errechnet.

Der standardisierte Prozentanteil des Suizids am gesamten Sterbe geschehen ist Tabelle 37 zu entnehmen.

Tabelle 37 Standardisierte Prozentanteile des Suizids am gesamten Sterbe geschehen

	63 - 66	67 - 70	71 - 74	75 - 78	63 - 78
Ärzte	(110)	289	187	193	196
Ärztinnen	(591)	967	1110	619	833
Zahnärzte	(113)	103	112	128	115
Zahnärztinnen	(530)	0	1055	717	625

Anmerkung zu Tabelle 37:

Die in Klammern angegebenen Zahlen beziehen sich auf alle Altersgruppen, alle übrigen auf die über 25 jährige Bevölkerung.

Vergleicht man die standardisierten Prozentanteile aus Tabelle 37 mit den standardisierten Suizidziffern aus Tabelle 33, so würde man erwarten, daß die Ergebnisse annähernd gleich sein müßten. Dies ist der Fall bei den männlichen Ärzten und Zahnärzten, nicht jedoch bei den Ärztinnen und Zahnärztinnen. Die Ergebnisse der standardisierten Prozentanteile sind bei den Ärztinnen und Zahnärztinnen wesentlich höher als man dies nach den standardisierten Suizidziffern erwartet hätte. Obwohl es den Tatsachen entspricht, daß z.B. im gesamten Untersuchungszeitraum 12,5 Prozent aller verstorbenen Ärztinnen durch Suizid ums Leben kamen - im Gegensatz zu 1,5 Prozent in der Bevölkerung - ist der Schluß, die Ärztinnen hätten ein 8,3 fach höheres Suizidgeschehen im Vergleich zur Bevölkerung, nicht zulässig. Diese Unzulässigkeit des Vergleichs hat ihre Ursache in der völlig unterschiedlichen Altersstruktur der lebenden Ärztinnen (viele junge, wenig alte) im Vergleich zur lebenden weiblichen Bevölkerung (gleich viel alte und junge) und dem hieraus resultierenden unterschiedlichen Sterbegeschehen.

Die standardisierte Suizidziffer weist folglich auch richtigerweise nur eine ca. 3 fach höhere Suizidhäufigkeit auf. Der in Tabelle 55 errechnete Durchschnittswert des standardisierten Prozentanteils des Suizids am gesamten Sterbegeschehen, der aus den Werten der einzelnen Altersgruppen gebildet wird, kommt mit dem Wert von 333 der standardisierten Suizidziffer von 296 auch wesentlich näher. Es wird daher bei der Betrachtung des prozentualen Suizidanteils am gesamten Sterbegeschehen auf den Abschnitt 4.3.1. verwiesen.

4.1.1.3. Zusammenfassung des gesamt-oberbayerischen
Suizidgeschehens

Im 16 jährigen Untersuchungszeitraum vom 1.1.1963 bis 31.12.1978 konnten in Oberbayern insgesamt 119 Suizide von männlichen und weiblichen Ärzten und Zahnärzten gefunden werden.

Männliche Ärzte

Anzahl (siehe Tabelle 32):

Im 16 jährigen Untersuchungszeitraum verstarben in Oberbayern 67 männliche Ärzte durch Suizid; das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Quote von 4 Ärzten.

Suizidziffer (siehe Tabelle 33):

Auf 100 000 lebende Ärzte entfallen jährlich 61,7 Suizide. In der männlichen Bevölkerung im Alter von über 25 Jahren sind dies dagegen nur 39 Suizide pro 100 000 Einwohner dieses Geschlechts und dieses Alters.

Standardisierte Suizidziffer (siehe Tabelle 34):

Die standardisierte Suizidziffer zeigt, daß 158 Suizide bei männlichen Ärzten 100 Suiziden der männlichen Bevölkerung gegenüberstehen ($p < 0,0005$). Diese 1,58 fache Erhöhung ist jedoch nur in den Jahren 1971 bis 1974 mit dem 1,49 fachen und in den Jahren 1975 bis 1978 mit dem 1,52 fachen annähernd gleich hoch. Die Jahre 1963 bis 1966 weichen mit dem 0,97 fachen nach unten und die Jahre 1967 bis 1970 mit dem 2,31 fachen nach oben ab. Den 67 beobachteten Suiziden stehen also 42,4 erwartete Suizide gegenüber.

Prozentanteil des Suizids von allen verstorbenen Ärzten

(siehe Tabelle 36):

4,75 % aller verstorbenen männlichen Ärzte sind durch Suizid verstorben. Bei 2,43 % in der männlichen Bevölkerung im Alter von über 25 Jahren entspricht dies einer fast zweifachen Erhöhung.

Ärztinnen

Anzahl (siehe Tabelle 32):

Von 1963 bis 1978 verstarben 27 Ärztinnen durch Suizid. Auf die letzten 12 Jahre entfielen dabei im jährlichen Durchschnitt 2 Ärztinnen.

Suizidziffer (siehe Tabelle 33):

Auf 100 000 lebende Ärztinnen pro Jahr hochgerechnet bedeutet dies, daß durch Suizid 68 Ärztinnen pro Jahr sterben. Auf 100 000 der über 25 jährigen weiblichen Bevölkerung entfallen pro Jahr nur 23 Suizide.

Standardisierte Suizidziffer (siehe Tabelle 34):

Mit einer standardisierten Suizidziffer von 296 Suiziden verstarben nahezu 3 mal so viele Ärztinnen durch Suizid als man erwartet hätte ($p < 0,0005$). Auf die realen Verhältnisse bezogen, stehen 27 beobachteten Suiziden 9,1 erwartete Suizide gegenüber.

Prozentanteil des Suizids von allen verstorbenen Ärztinnen

(siehe Tabelle 36):

12,5 % aller verstorbenen Ärztinnen sind im Vergleich zu 1,5 % in der weiblichen Bevölkerung durch Suizid verstorben. Hieraus leitet sich jedoch keine 8,3 fache Suizidhäufigkeit ab,

da in diesen Prozentsatz die Altersstruktur der lebenden Ärztinnen eingeht. Diese Betrachtung im Verhältnis zur weiblichen Bevölkerung wäre nur bei annähernd gleicher Altersverteilung wie in der Bevölkerung erlaubt oder aber nur innerhalb einzelner Altersgruppen (siehe Tabelle 52).

Männliche Zahnärzte

Anzahl (siehe Tabelle 32):

Die 19 Suizide des gesamten Untersuchungszeitraumes verteilen sich relativ gleichmäßig auf alle vier Zeitabschnitte. Jährlich stirbt also durchschnittlich 1 Zahnarzt durch Suizid in Oberbayern.

Suizidziffer (siehe Tabelle 33):

Die Suizidziffer der Zahnärzte beläuft sich auf ca. 49 Suizide im Gegensatz zu 39 Suiziden in der männlichen Bevölkerung.

Standardisierte Suizidziffer (siehe Tabelle 34):

Der Unterschied zur männlichen Bevölkerung weist mit dem 1,25 fachen Auftreten von Suiziden bei den männlichen Zahnärzten die geringste Erhöhung von allen vier untersuchten Gruppen auf. Bei den 19 Suiziden durch männliche Zahnärzte hätte man bei gleichen Voraussetzungen wie in der männlichen Bevölkerung nur 15,2 Suizide erwartet. Diese geringe Erhöhung ist jedoch kaum zufällig, da sie sich in jedem der 4 Zeitabschnitte nachweisen läßt.

Prozentanteil des Suizids von allen verstorbenen Zahnärzten (siehe Tabelle 36):

Der Prozentanteil des Suizids am gesamten Sterbegeschehen der männlichen Zahnärzte ist auch hier in allen vier Zeitabschnitte

höher; insgesamt sind es 2,8 % gegenüber 2,4 % in der männlichen Bevölkerung.

Zahnärztinnen

Anzahl (siehe Tabelle 32):

Das Suizidgeschehen bei Zahnärztinnen würde bei 6 Suiziden am wenigsten Schlüsse zulassen, wenn es nicht ein ähnliches Bild bieten würde wie bei den Ärztinnen.

Suizidziffer (siehe Tabelle 33):

Die Suizidziffer ist mit 67,1 annähernd gleich hoch wie die Suizidziffer der Ärztinnen mit 68,0 Suiziden pro 100 000 lebende Ärztinnen pro Jahr.

Standardisierte Suizidziffer (siehe Tabelle 34):

Die standardisierte Suizidziffer ist folglich mit dem 2,92 fachen Vorkommen von Suiziden bei den Zahnärztinnen dem 2,96 fachen Wert bei den Ärztinnen ähnlich. Bei 6 beobachteten Suiziden hätte man nur 2,1 Suizide erwartet ($p < 0,005$).

Prozentanteil des Suizids von allen verstorbenen Zahnärztinnen
(siehe Tabelle 36):

9,38 % aller verstorbenen Zahnärztinnen sind durch Suizid verstorben. Auch hier gilt: das bei den Ärztinnen gesagte.

4.1.2. Suizidgeschehen in München und in Oberbayern
ohne München

In Tabelle 38 wird die zahlenmäßige Aufteilung der Suizide von Ärzten und Zahnärzten in München und in Oberbayern ohne München aufgezeigt. Zahlenmäßig geschahen bei den Ärzten und Ärztinnen mehr Suizide in München als im übrigen Oberbayern. Bei den Zahnärzten und Zahnärztinnen war der zahlenmäßige Anteil am Suizidgeschehen annähernd gleich hoch.

Tabelle 38 Anzahl der Suizide von Ärzten und Zahnärzten in
München und in Oberbayern ohne München (Obb. o. M.)

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
München	37	16	10	3
Obb. o. M.	30	11	9	3
Gesamtober- bayern	67	27	19	6

Auf die jeweils in den beiden Regionen lebenden Ärzte und Zahnärzte bezogen, ergibt sich jedoch ein anderes Bild (siehe Tabelle 39). Auf 100 000 lebende Ärzte in München entfallen pro Jahr ca. 59 Suizide. Im Vergleich hierzu entfallen 69 Suizide auf 100 000 im übrigen Oberbayern lebende Ärzte pro Jahr. Noch höher ist der Unterschied bei den Ärztinnen. Diese liegen mit jährlich 81 Suiziden auf 100 000 lebende Ärztinnen in Oberbayern ohne München um 20 Suizide über den Zahlen aus München ($p < 0,005$).

Tabelle 39 Suizidziffern der Ärzte und Zahnärzte in München
und in Oberbayern ohne München (Obb. o. M.)

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
München	58,9	61,1	49,4	53,0
Obb. o. M.	69,3	81,4	50,8	99,2
Gesamt-Ober- bayern	61,7	68,0	50,0	69,0

Anmerkung zu Tabelle 39:

Die Suizidziffern der Zahnärzte basieren auf 1265 lebenden Zahnärzten und 354 lebenden Zahnärztinnen in München und auf 1108 lebenden Zahnärzten und 189 lebenden Zahnärztinnen in Oberbayern ohne München im Jahre 1971, da es ab 1972 keine Statistik gibt, die das Geschlecht der in Oberbayern lebenden Zahnärzte nach Stadt und Land unterscheidet. Insofern unterscheiden sich die in Tabelle 39 angegebenen Suizidziffern von Gesamt-Oberbayern geringfügig von den bisher gemachten Angaben.

Bei den männlichen Zahnärzten unterscheidet sich die Suizidhäufigkeit in München kaum vom übrigen Oberbayern. Die Zahnärztinnen weisen mit mehr Suiziden im übrigen Oberbayern als in München eine ähnlich hohe Suizidziffer wie die Ärztinnen auf.

Im Rahmen dieses Abschnitts kann noch das Suizidgeschehen in Abhängigkeit der unterschiedlichen Ärztedichte zwischen München und Oberbayern ohne München betrachtet werden.

Auf die berufstätigen und nicht berufstätigen Ärzte in Oberbayern ohne München entfallen 574,6 Einwohner pro Arzt. Die Suizidziffer liegt dabei bei 71,9 Suiziden pro 100 000 lebende Ärzte und Ärztinnen pro Jahr. Die Ärzte Münchens, auf die 225,3 Einwohner pro Arzt entfallen, weisen dagegen mit nur 58,1 Suiziden pro 100 000 lebende Ärzte und Ärztinnen pro Jahr eine wesentlich niedrigere Suizidziffer auf.

Man ist geneigt, hier die Behauptung aufzustellen, daß Ärzte dann häufiger Suizide begehen, wenn die beruflichen Belastungen aufgrund eines regionalen Ärztemangels erhöht sind. Diese Behauptung ist jedoch nicht zutreffend, wie noch durch die Ergebnisse der Einzelfallbetrachtungen widerlegt werden kann. Der Suizid wird überwiegend gerade von den Ärzten begangen, die weniger zur ärztlichen Versorgung in der Bevölkerung beitragen, weil sie z.B. nur kleine Praxen haben, arbeitslos sind, sich im Ruhestand befinden, nichtärztliche Berufe ausüben, krank sind usw. Nur sehr wenige Ärzte, die Suizide beginnen, befanden sich zum Zeitpunkt des Suizids, aber auch länger davor, auf dem Höhepunkt ihrer Schaffenskraft.

4.1.3. Suizidgeschehen in Städten und in Landkreisen

Die Suizide von Ärzten und Zahnärzten verteilen sich auf die Städte und Landkreise Oberbayerns wie in Tabelle 40 angegeben.

Tabelle 4o Anzahl der Suizide von Ärzten und Zahnärzten in
den Städten und Landkreisen Oberbayerns

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
<u>Städte:</u>				
Ingolstadt	2	1	o	1
München	37	16	1o	3
Rosenheim	o	o	o	o
<u>Landkreise:</u>				
Altötting	1	o	o	o
Bad Tölz/Wolf- ratshausen	1	o	o	o
Berchtesgaden	3	o	1	o
Dachau	1	1	o	1
Ebersberg	o	1	1	o
Eichstätt	o	o	o	o
Erding	2	1	o	o
Freising	o	o	o	o
Fürstenfeldbruck	2	2	o	1
Garmisch-Parten- kirchen	2	1	1	o
Landsberg/Lech	o	o	1	o
Miesbach	3	1	o	o
Mühldorf am Inn	1	o	1	o
München/Land	3	2	1	o
Neuburg-Schro- benhausen	o	o	o	o
Pfaffenhofen	o	o	o	o
Rosenheim	2	o	o	o
Starnberg	3	1	1	o
Traunstein	3	o	2	o
Weilheim/Schongau	1	o	o	o
n	67	27	19	6

Auffällig ist abgesehen von der Häufigkeit von Suiziden in und um München ein deutliches Nord-Süd-Gefälle. In den nördlich gelegenen Landkreisen Eichstätt, Freising, Neuburg/Schrobenhausen und Pfaffenhofen konnten keine Suizide von Ärzten und Zahnärzten gefunden werden. In den südlichen alpennahen Landkreisen Berchtesgaden, Garmisch-Partenkirchen, Miesbach und Traunstein waren immerhin mindestens je 4 Suizide von Ärzten und Zahnärzten zu verzeichnen.

4.2. Tatumstände

4.2.1. Suizidmethoden

Die Suizidmethoden konnten von 118 der insgesamt 119 Suizide ausgewertet werden. Die Einteilung wird entsprechend der internationalen Klassifikation der WHO (ICD = International Classification of Diseases) vorgenommen.

In Tabelle 41 wird die beobachtete Anzahl der Suizide nach Suizidmethoden gegliedert und mit den erwarteten Suiziden verglichen. Die erwarteten Suizide errechnen sich aus den Suizidziffern der verschiedenen Suizidmethoden von der über 25 Jahre alten Bevölkerung aus den Jahren 1971 bis 1978. Wie bereits besprochen, können diese Suizidziffern der Bevölkerung aus dem Durchschnitt der Zeitabschnitte von 1971 bis 1974 und 1975 bis 1978 für den gesamten Untersuchungszeitraum übernommen werden, da die Suizidziffern der verschiedenen Suizidmethoden in den beiden Zeitabschnitten annähernd gleich hoch waren (siehe Tabelle 31).

Tabelle 41 Suizidmethoden: beobachtete Anzahl im Vergleich zur erwarteten Anzahl (b: beobachtet, e: erwartet)

ICD E Nummer	Methode		Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
ICD E 950	Gift	b	40	18	7	5
		e	13,4	4,0	4,8	0,9
ICD E 951 und E 952	Gase	b	0	1	2	0
		e	0,7	0,1	0,1	0
ICD E 953	Erhän- gen	b	11	4	5	1
		e	15,7	2,1	5,6	0,5
ICD E 954	Erträn- ken	b	1	0	0	0
		e	1,6	0,9	0,6	0,2
ICD E 955	Feuer- waffen	b	5	1	4	0
		e	4,9	0,1	1,8	0
ICD E 956	Stich	b	3	0	0	0
		e	0,9	0,1	0,3	0
ICD E 957	Sturz a,d,H.	b	5	3	0	0
		e	2,2	0,9	0,8	0,2
ICD E 958	übr.u. sonst.	b	2	0	1	0
		e	3,1	0,7	1,1	0,2
ICD E 950 - 958		b	67	27	19	6
		e	42,5	8,9	15,2	2,0

Aus den Werten der Tabelle 42 und den beobachteten Suiziden der Tabelle 41 lassen sich die standardisierten Suizidziffern und die in Tabelle 41 angegebenen erwarteten Zahlen errechnen.

Tabelle 42 Suizidziffern der Suizidmethoden von Ärzten und Zahnärzten im Vergleich zur Bevölkerung

Suizid- methode	Männer			Frauen		
	Ärzte	Zahn- ärzte	Bevöl- kerung	Ärzte	Zahn- ärzte	Bevöl- kerung
Gift	36,8	18,0	12,3	45,3	55,9	10,1
Gase	-	5,1	0,6	2,5	-	0,2
Erhängen	10,1	12,9	14,4	10,1	11,2	5,2
Ertränken	0,9	-	1,5	-	-	2,3
Feuer- waffen	4,6	10,3	4,5	2,5	-	0,2
Stich	2,8	-	0,8	-	-	0,3
Sturz a. d. Höhe	4,6	-	2,1	7,6	-	2,3
übrige u. sonst.	1,9	2,6	2,9	-	-	1,8
n	61,7	48,9	39,1	68,0	67,1	22,4

Die standardisierten Suizidziffern der Tabelle 43 erlauben dabei den Vergleich von den Suizidmethoden der Ärzte und Zahnärzte mit der Häufigkeit der einzelnen Suizidmethoden in der Bevölkerung.

Tabelle 43 Suizidmethoden von Ärzten und Zahnärzten, dargestellt in standardisierten Suizidziffern

Suizidmethode	Ärzte Ärztinnen		Zahnärzte Zahnärztinnen	
ICD E 950 Gift	300	448	146	553
ICD E 951 und E 952 Gase	-	1400	844	-
ICD E 953 Erhängen	70	193	89	214
ICD E 954 Ertränken	61	-	-	-
ICD E 955 Feuer- waffen	101	1072	226	-
ICD E 956 Stich	337	-	-	-
ICD E 957 Sturz a. d. Höhe	223	336	-	-
ICD E 958 übrige u. sonst.	64	-	90	-
ICD E 950 - 958	158	304	125	300

4.2.1.1. Vergiftungen

Die häufigste Suizidmethode ist sowohl bei männlichen Ärzten als auch weiblichen Ärzten und Zahnärzten die Einnahme von festen und flüssigen Stoffen (ICD E 950).

Ärzte:

Bei den männlichen Ärzten entfallen 59,7 Prozent aller Suizide auf Vergiftungen mit festen und flüssigen Stoffen. Gegenüber der Bevölkerung tritt dabei diese Methode bei männlichen Ärzten mit 40 Vergiftungen ca. 3 mal häufiger als erwartet auf ($p < 0,0005$). Die Beibringung dieser Mittel geschah zum Teil auf sicherlich bevölkerungsunübliche Art und

Weise. So wurden in 2 Fällen Infusionen und in 11 Fällen Injektionen verwandt. Als Vergiftungsmittel kamen am häufigsten Barbiturate (17 mal, davon 6 mal Luminal) zur Anwendung. Es folgten in 8 Fällen Betäubungsmittel, in 4 Fällen Narkosemittel in je 3 Fällen Insulin und Analgetica, in je 2 Fällen Psychopharmaca und Muskelrelaxantien, sowie je einmal Planzenschutzmittel, Blausäure (Cyanwasserstoff) und Kaliumcyanid. In 10 Fällen wurden keine genauen Angaben der verwandten Medikamente gemacht. Die Mehrfachnennungen kommen dadurch zustande, daß in 18 von 30 bekannten Vergiftungsarten mehrere verschiedene Mittel auf einmal zur Anwendung kamen. In einem Fall wurden 6 verschiedene Medikamente gespritzt, die vom Barbiturat (Luminal) über Narkosemittel (Epontol, Dehydrobenzperidol, Ketanest) bis zu Muskelrelaxantien (Alloferin, Lysthenon) reichten. In 2 Fällen kam zusätzlich Chloroform und Lachgas je 1 mal zur Anwendung.

Bei den Ärztinnen ist der Anteil der Vergiftungen mit 66,7 Prozent aller Suizide noch häufiger als bei den männlichen Ärzten. Gegenüber der weiblichen Bevölkerung ist dabei diese Methode rund 4,5 mal so hoch ($p < 0,0005$). Bei 18 Vergiftungen wurden von den Ärztinnen in 13 Fällen Barbiturate (6 mal Phanodorm, 3 mal Luminal) verwandt, in 3 Fällen kamen andere Hypnotica zur Anwendung, in 1 Fall wurden Psychopharmaca (Tavor und Distraneurin) verwandt und 2 mal blieben die Mittel unbekannt. Injektionen kamen nur 2 mal zur Anwendung.

Zahnärzte:

7 (36,8 %) der 19 Suizide der männlichen Zahnärzte geschahen durch Einnahme von Gift. Zur Bevölkerung ist dabei

nur eine ca. 1,5 fache Erhöhung festzustellen. Bevorzugt wurden dabei wieder Barbiturate (4 mal).

Die Zahnärztinnen kamen in 83 Prozent aller 6 Suizide durch Gift ums Leben, davon in 2 Fällen durch Barbiturate und in 2 Fällen durch andere Hypnotica. Ein Suizid geschah durch Einnahme von E 605.

Die Angabe der oben angegebenen Medikamente beruht sowohl auf Ergebnissen von Obduktionen als auch auf Tatortberichten der untersuchenden Kriminalbeamten.

4.2.1.2. Übrige Suizidmethoden

Bei den übrigen Suizidmethoden sind bei den männlichen Ärzten noch die Schnitt- und Stichmethoden (ICD E 956) mit dem 3,4 fachen ($p < 0,025$), sowie der Sturz aus der Höhe (ICD E 957) mit dem 2,2 fachen Vorkommen ($p < 0,05$) gegenüber der Bevölkerung erhöht.

Bei den männlichen Zahnärzten fällt noch die 2,3 fache Erhöhung der Suizide durch Schußwaffen auf ($p < 0,1$), die in allen 4 Fällen durch Schuß in den Kopf erfolgte.

Die Ärztinnen weisen noch eine 1,9 fache Erhöhung beim Erhängen ($p < 0,2$) und eine 3,4 fache Erhöhung beim Sturz aus der Höhe gegenüber der weiblichen Bevölkerung auf.

Die restlichen Suizidmethoden sind zahlenmäßig zu gering um gesicherte Aussagen treffen zu können.

4.2.1.3. Alkoholische Beeinflussung beim Suizid

Die alkoholische Beeinflussung zum Zeitpunkt des Suizids spielte nur eine untergeordnete Rolle bei den Suiziden von Ärzten und Zahnärzten. Bei den männlichen und weiblichen Ärzten lag in je 15 Prozent aller Suizide eine alkoholische Beeinflussung vor. Bei den Zahnärzten war dies noch am auffälligsten in 26 Prozent der Suizide und bei den Zahnärztinnen in 17 Prozent der Suizide der Fall.

Sicher wurde nicht in allen Fällen dem Alkohol bei der Untersuchung des Suizids seitens der Kriminalbeamten Bedeutung beigemessen. Der Prozentsatz der Alkoholbeeinflussung dürfte daher in Wirklichkeit höher liegen.

4.2.1.4. Zusammenfassung der Suizidmethoden

Die Suizidmethoden konnten bei 118 von 119 Suiziden ausgewertet werden.

Männliche Ärzte:

Der Suizid durch Gift (ICD E 950), der 59,7 % (40 von 67 Suiziden) aller Suizide der männlichen Ärzte stellt, tritt 3 mal häufiger auf, als man dies im Verhältnis zur männlichen Bevölkerung erwartet hätte ($p < 0,0005$). Über den Werten aus der Bevölkerung liegen mit dem 3,4 fachen die Suizide durch Stich und Schnitt (ICD E 956) ($p < 0,025$) und mit dem 2,2 fachen die Suizide durch Sturz aus der Höhe (ICD E 957) ($p < 0,05$). Gleichauf mit der Bevölkerung liegen die Suizide durch Feuerwaffen. Ca. 1/3 unter der männlichen Bevölkerung treten die Suizidmethoden Erhängen, Ertränken und die übrigen

Methoden auf.

Ärztinnen:

Mit 66,7 % (18 von 27 Suiziden) ist bei den Ärztinnen die Einnahme von Giften die bevorzugteste Methode. Diese tritt 4,5 mal häufiger als erwartet auf ($p = 0,0005$). Die 4 Suizide durch Erhängen und die 3 Stürze aus der Höhe liegen noch 1,9 fach ($p = 0,2$) und 3,4 fach ($p = 0,05$) über der aus der Bevölkerung erwarteten Zahl.

Männliche Zahnärzte:

Zahlenmäßig am häufigsten trat bei den männlichen Zahnärzten mit 36,8 % (7 von 19 Suiziden) der Suizid durch Gift in Erscheinung. Diese Methode liegt aber mit dem 1,5 fachen nicht so hoch über der männlichen Bevölkerung wie die 4 Suizide durch Erschießen, die mehr als doppelt so häufig erfolgten (2,26 fach) als man dies erwartet hätte ($p = 0,1$). Das Erhängen unterscheidet sich kaum von der männlichen Bevölkerung.

Zahnärztinnen:

Die Zahnärztinnen, bei denen 5 der 6 Suizide (83 %) durch die Einnahme von Gift erfolgten, liegen mit dem 5,5 fachen über der aus der Bevölkerung erwarteten Zahl ($p = 0,0005$).

Insgesamt kann man feststellen, daß von den Ärzten überwiegend berufsgruppenspezifische Materialien, vor allem Medikamente, verwandt wurden. Aus dem Rahmen fällt nur der häufige Gebrauch von Schußwaffen bei Zahnärzten.

4.2.2. Doppelsuizide

Der Suizid wurde in 4 Fällen gemeinsam mit einer weiteren Person durchgeführt. In allen 4 Fällen wurde hierzu Gift verwandt.

Bei den beiden Männern, einem Arzt und einem Zahnarzt, erfolgte der Suizid im Kraftfahrzeug. Die beiden Frauen, eine Ärztin und eine Zahnärztin, verstarben im Bett. Der Arzt verschied gemeinsam mit seiner außerehelichen Geliebten, die ebenfalls verheiratet war. Der Zahnarzt wurde von seiner offensichtlich hysterischen Geliebten dazu animiert, mit in den Tod zu gehen. Hier handelte es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um einen gescheiterten Suizidversuch. Die Ärztin nahm sich mit ihrem an Krebs erkrankten Mann das Leben, die Zahnärztin mit ihrer dem Tod entgegensiehenden Mutter.

Im ersten Fall ist eine treibende Kraft für den Suizid unbekannt, in den drei letztgenannten Fällen lag der Anlaß für den Suizid bei den Angehörigen und der Freundin.

4.2.3. Örtliche Suizidumgebung

Der Ort des Suizidgeschehens war in der weitaus überwiegenden Anzahl bei 76 Suiziden (63,9 %) zu Hause. Relativ häufig kam der Suizid noch an der Arbeitsstelle (Praxis, Labor) in 6 Fällen und als Patient im Krankenhaus in 7 Fällen vor. Von den 7 Patienten im Krankenhaus, die dort Suizid begingen, waren allein 6 männliche Ärzte. Dies bedeutet, daß 9 % aller Suizide von männlichen Ärzten in ihrer Rolle als Patient

erfolgten. In 3 Fällen hiervon erfolgte der Suizid durch einen Sprung zum Krankenzimmerfenster hinaus.

In der folgenden Tabelle 44 werden die örtlichen Suizidumgebungen aufgeschlüsselt.

Tabelle 44 Suizidumgebung der durch Suizid verstorbenen
Ärzte und Zahnärzte

Ort	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
zu Hause	38	22	12	4
im Freien	10	4	0	0
im Kfz	2	0	2	0
mit dem Kfz	2	0	0	0
an der Arbeitsstelle	4	0	2	0
als Patient im Krankenhaus	6	0	0	1
sonstige Orte	5	0	1	1
unbekannt	0	1	2	0
n	67	27	19	6

4.2.4. Ankündigung des Suizidvorhabens

Bei Zeugenbefragungen seitens der Kriminalbeamten wurde in der Regel nach vor dem Suizid liegenden Suiziddrohungen bzw. Suizidankündigungen gefragt. Bei den männlichen und weiblichen Ärzten konnte dabei in über der Hälfte der Fälle

eine Suizidankündigung ermittelt werden. Bei den männlichen und weiblichen Zahnärzten war dies nicht so häufig der Fall.

In der nachfolgenden Tabelle 45 werden die Verhältnisse in allen vier Gruppen zahlenmäßig und prozentual wiedergegeben.

Tabelle 45 Ankündigung des Suizids von Ärzten und Zahnärzten

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
n	34	16	7	1
Prozent	50,7	59,3	36,8	16,7

4.2.5. Abschiedsbrief

Bei über 40 % aller 119 Suizide konnten Abschiedsbriefe gefunden werden (siehe Tabelle 46).

Tabelle 46 Anzahl der Ärzte und Zahnärzte, die Abschiedsbriefe hinterließen

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
n	31	11	8	2
Prozent	46,3	40,7	42,1	33,3

Die Abschiedsbriefe eignen sich für die Motivforschung nicht in dem Umfang, wie man dies zunächst glauben

möchte. Zum einen sind sie oft nicht sehr ausführlich, zum anderen müssen die angegebenen Gründe nicht unbedingt mit den wirklichen Gründen übereinstimmen. Letzteres ist überwiegend dann der Fall, wenn die wahren Gründe unbewußt vor sich selbst nicht zugelassen werden können. Dies scheint häufig der Fall zu sein, wie die Suizidforschung insbesondere nach Suizidversuchen in tiefenpsychologisch fundierten Analysen feststellen konnte.

Beispielsweise konnte DÜHRRSEN (26) feststellen, daß nach Suizidversuchen von jungen Mädchen von diesen häufig als Gründe schulische Überforderung und dadurch bedingte abfallende Schulleistungen angegeben werden. Nach Ausschluß aller Mädchen, die auch Partnerschaftsprobleme angaben, stellte DÜHRRSEN in Analysen nach den Suizidversuchen bei allen Mädchen fest, daß diese bisher die jüngsten und somit verwöhntensten Kinder in der Familie gewesen seien, bis kurz zuvor ein Nachkömmling gekommen sei, dem sich nun alle Zuneigung der Eltern gewidmet habe. Die mangelnde Beachtung des jungen Mädchens seitens der Eltern habe unbewußt durch schlechte Schulleistungen wieder auf sie gelenkt werden sollen, was bei Erfolglosigkeit letztendlich im Suizidversuch gemündet habe. Diesen Suizidversuch habe das junge Mädchen als letzten verzweifelten Schritt unternommen, um die verlorengegangene Zuneigung wieder auf sich zu ziehen.

Bei einer Untersuchung des sozialen Umfeldes in Form soziologischer Parameter wäre dieses Ergebnis auch ans Licht gekommen. Dies ist auch der Grund dafür, daß in dieser Untersuchung ein relativ großes Augenmerk auf das soziale Um-

feld gelegt wird.

Die Motive, die in den Abschiedsbriefen angegeben werden, würden bei alleiniger Betrachtung oft von der wirklichen Problematik ablenken. Bei Hinzuziehung anderer Quellen wie Zeugenaussagen, psychiatrische Krankengeschichten, soziologische Parameter usw. ergab sich oft ein völlig anderes Bild. Man kann daher in dieser Untersuchung feststellen, daß der Abschiedsbrief nur über die momentane Situation Aufschluß gibt. Daher kann der Abschiedsbrief zumeist höchstens über den Auslöser Auskunft geben, selten aber über das wirkliche Motiv. Dies erklärt sich auch aus der Einengung, in der sich der Suizident während der Abfassung des Abschiedsbriefes befindet. Kleine Anlässe werden oft übermächtig und nicht mehr beherrschbar. Es kommt zum Suizid unter Angabe des geringen Anlasses im Abschiedsbrief oder unter der Feststellung, daß es keinen Ausweg mehr gebe, daß man dazu gezwungen sei, daß man nichts taue usw. usw.. In diesen Briefen wird somit überwiegend die Stimmung sichtbar, in der sich der Suizident beim Abfassen des Briefes befindet; eine statistische Auswertung dieser Stimmung läßt sich jedoch nicht durchführen. Die Stimmung klingt entweder aggressiv oder depressiv.

Die Motivbetrachtung, die in wenigen Fällen nur aufgrund des Abschiedsbriefes möglich wäre, wird hier unterlassen. Im letzten Kapitel der Ergebnisse wird auf die Motive unter Berücksichtigung aller Ergebnisse eingegangen.

4.2.6. Wochentage

In Tabelle 47 wird der Anteil der Suizide an den einzelnen Wochentagen zahlenmäßig aufgeschlüsselt.

Tabelle 47 Anzahl der Suizide von Ärzten und Zahnärzten an den Wochentagen

Wochentag	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen	n
Sonntag	7	4	0	1	12
Montag	9	2	3	1	15
Dienstag	7	0	1	1	9
Mittwoch	10	4	3	1	18
Donnerstag	10	4	4	0	18
Freitag	10	7	3	0	20
Samstag	9	4	4	2	19
unbekannt	5	2	1	0	8
Sonntag bis Dienstag (Ø)	7,7	2,0	1,3	1,0	12
Mittwoch bis Samstag (Ø)	9,8	4,8	3,5	0,8	18,8

Der Anteil von Suiziden ist an den Tagen vor dem Wochenende um ca. 50 % höher als an den übrigen Werktagen. Auf die Wochentage Mittwoch bis Samstag entfielen je 18,75 Suizide im Gegensatz zu 12 Suiziden an den Tagen Sonntag bis Dienstag. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen kann es sich bei diesen Ergebnissen jedoch nur um eine Tendenz handeln.

4.3. Persönliche Daten

4.3.1. Altersverteilung

Die Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte wird im folgenden hinsichtlich der Anzahl, der Suizidziffer, der standardisierten Suizidziffer, dem Prozentanteil am gesamten Sterbegeschehen und dem durchschnittlichen Sterbealter betrachtet.

4.3.1.1. Anzahl

Die Altersverteilung der Suizide von Ärzten und Zahnärzten wird in Tabelle 48 beginnend mit dem 25. Lebensjahr und in Tabelle 49 beginnend mit dem 20. Lebensjahr angegeben.

Tabelle 48 Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte beginnend mit dem 25. Lebensjahr

	Alter						
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	25-
Ärzte	12	16	18	9	8	4	67
Ärztinnen	1	4	11	7	4	0	27
Zahnärzte	0	3	3	7	4	2	19
Zahnärztinnen	0	0	2	3	1	0	6
n	13	23	34	26	17	6	119

Tabelle 49 Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen
Ärzte und Zahnärzte beginnend mit dem 20. Lebens-
jahr

	Alter						
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-	20-
Ärzte	4	15	21	10	11	6	67
Ärztinnen	0	4	6	9	8	0	27
Zahnärzte	0	0	5	4	7	3	19
Zahnärztinnen	0	0	2	1	2	1	6
n	4	19	34	24	28	10	119

Ärzte:

Mehr als 2/3 (68,7 %) aller Suizide von männlichen Ärzten entfallen auf die Altersgruppe der unter 55 jährigen männlichen Ärzte.

Dagegen sind allein 2/3 aller Suizide von Ärztinnen in der Altersgruppe der 45 bis 64 jährigen zu finden.

Zahnärzte:

Bei den männlichen Zahnärzten verhält sich das Suizidgeschehen genau umgekehrt zu den männlichen Ärzten. Bei den männlichen Zahnärzten entfallen 2/3 (68,4 %) aller Suizide auf die über 55 jährigen männlichen Zahnärzte.

4.3.1.2. Suizidziffer

In Tabelle 50 sind die Ergebnisse für die männlichen Ärzte und in Tabelle 51 für die Ärztinnen aufgestellt. Faßt man diese Ergebnisse für den gesamten Untersuchungszeitraum zusammen, indem man die altersspezifischen Suizidziffern auf der Basis des Durchschnitts der jeweiligen Altersgruppe aus den vier Zeitabschnitten errechnet, so fallen die erheblich unterschiedlichen Ergebnisse zwischen den Ärzten und Ärztinnen auf (siehe Tabelle 50 und Tabelle 51, letzte Spalte).

Tabelle 50 Altersverteilung in Suizidziffern der männlichen Ärzte in vier Zeitabschnitten

Alter	Jahr				
	63 - 66	67 - 70	71 - 74	75 - 78	1963 - 1978
25 - 34	36,5	162,1	78,4	26,4	64,9
35 - 44	46,4	90,3	32,6	86,0	63,7
45 - 54	59,1	48,4	58,0	131,0	67,9
55 - 64	0	92,9	61,8	0	40,9
65 - 74	0	98,6	63,5	88,6	67,8
75 -	0	165,0	73,7	67,9	85,6
25 -	37,7	90,2	58,4	59,1	61,7

Tabelle 51 Altersverteilung in Suizidziffern der Ärztinnen
in vier Zeitabschnitten

Alter	Jahr				
	63 - 66	67 - 70	71 - 74	75 - 78	1963 - 1978
25 - 34	o	54,8	o	o	11,3
35 - 44	38,9	o	59,5	24,3	32,1
45 - 54	66,0	190,0	143,5	40,8	117,1
55 - 64	221,2	o	215,5	79,2	116,4
65 - 74	o	274,7	o	280,9	171,2
75 -	o	o	o	o	o
25 -	49,7	81,9	87,3	51,2	68,0

Männliche Ärzte:

Bei den männlichen Ärzten sind die Suizidziffern mit Werten zwischen 63 bis 68 Suiziden innerhalb der Altersstufen relativ konstant mit zwei Abweichungen: die Altersgruppe der 55 bis 64 jährigen Ärzte zeigt eine Suizidziffer von ca. 41 Suiziden, die gegenüber der durchschnittlichen Suizidziffer von 61,7 Suiziden über alle Altersgruppen um ca. 21 Suizide niedriger ist. Die Suizidziffer der Altersgruppe der über 75 jährigen Ärzte ist mit 85,6 Suiziden die höchste und sie liegt um nahezu 24 Suizide pro 100 000 lebende Ärzte pro Jahr über dem Durchschnitt.

Ärztinnen:

Die Ärztinnen zeigen gegenüber den männlichen Ärzten innerhalb der Altersgruppen völlig abweichende Ergebnisse. Innerhalb der 5 Altersgruppen liegt eine Steigerung der Suizidhäufigkeit vor, die von der jüngsten Altersgruppe mit einer Suizidziffer von 11 Suiziden bis auf eine Suizidziffer von 171 Suiziden bei der Altersgruppe der 65 bis 74 jährigen Ärztinnen beinahe kontinuierlich ansteigt. Die Altersgruppe der 45 bis 54 jährigen Ärztinnen hat mit einer Suizidziffer von 117 Suiziden einen von der kontinuierlichen Steigerung abweichend gering höheren Wert als die Altersgruppe der 55 bis 64 jährigen mit einer Suizidziffer von 116 Suiziden. Diese Ergebnisse werden in Tabelle 52 mit den Verhältnissen in der jeweils gleichaltrigen und gleichgeschlechtlichen Bevölkerung Oberbayerns verglichen.

Tabelle 52 Die altersspezifischen Suizidziffern von Ärzten und Ärztinnen aus den Jahren 1963 bis 1978 im Vergleich zur Bevölkerung Oberbayerns der Jahre 1971 bis 1978 und die standardisierte Suizidziffer

Alter	Männer			Frauen		
	Ärzte	Volk	stand.Sz	Ärzte	Volk	stand.Sz
25 - 34	64,9	28,8	225	11,3	15,3	74
35 - 44	63,7	31,8	200	32,1	17,0	189
45 - 54	67,9	41,9	162	117,1	26,9	435
55 - 64	40,9	49,9	82	116,4	26,5	440
65 - 74	67,8	51,2	132	171,2	26,8	639
75 -	85,6	68,3	125	0	28,4	0
25 -	61,7	39,1	158	68,0	22,4	303

4.3.1.3. Standardisierte Suizidziffer

Männliche Ärzte

Bei den männlichen Ärzten ist der Suizid in den jüngeren Altersgruppen ca. doppelt so hoch wie in der gleichaltrigen männlichen Bevölkerung (siehe Tabelle 52). Den höchsten Wert haben die jüngsten Ärzte mit einer 2,25 fach höheren Suizidhäufigkeit. Eine geringere Suizidanfälligkeit im Verhältnis zur Bevölkerung zeigt nur die Altersgruppe der 55 bis 64 jährigen Ärzte. Die übrigen Altersgruppen liegen im näheren Bereich der 1,58 fachen Erhöhung aller Altersgruppen. Sie weisen damit alle ein häufigeres Auftreten von Suiziden als die einzelnen Altersgruppen in der männlichen Bevölkerung auf.

Ärztinnen

Die gehäuften Suizide bei den männlichen Ärzten sind vergleichsweise unbedeutend, wenn man die Ärztinnen betrachtet. Je älter die Ärztinnen werden, um so eher scheinen sie zum Suizid zu neigen. Liegt die Altersgruppe bis 34 Jahren noch unter den Vergleichszahlen der Bevölkerung, so wartet die nächsthöhere Altersgruppe schon mit dem zweifachen Wert gegenüber der Bevölkerung auf. Bei den Ärztinnen im Klimakterium sind es schon vier mal so viel und die größte Steigerung mit der über sechsfachen Suizidhäufigkeit liefert die Altersgruppe der 65 bis 74 Jahre alten Ärztinnen.

Daß in der Altersgruppe der über 75 jährigen Ärztinnen kein Suizid beobachtet werden konnte, ist wohl auf die geringe Zahl der lebenden Ärztinnen in diesem Alter zurückzu-

führen. Im Jahre 1977 lebten in Oberbayern nur 83 Ärztinnen im Alter über 75 Jahren, im Jahre 1961 gab es in Gesamt-Bayern nur 31 und im Jahre 1968 nur 38 lebende Ärztinnen in diesem Alter.

Um den Ergebnissen wegen niedriger Fallzahlen nicht die nötige Relation zu nehmen, wird in Tabelle 53 die erwartete Anzahl an Suiziden neben die beobachtete Anzahl gestellt.

Tabelle 53 Altersverteilung: beobachtete Suizide von Ärzten und Ärztinnen im Vergleich zu erwarteten Suiziden

Alter	Ärzte		Ärztinnen	
	beobachtet : erwartet		beobachtet : erwartet	
25 - 34	12	: 5,3	1	: 1,4
35 - 44	16	: 8,0	4	: 2,1
45 - 54	18	: 11,1	11	: 2,5
55 - 64	9	: 11,0	7	: 1,6
65 - 74	8	: 6,0	4	: 0,6
75 -	4	: 3,2	0	: 0,7
25 -	67	: 42,5	27	: 8,9

4.3.1.4. Prozentanteil des Suizids von allen Verstorbenen

Der Prozentanteil des Suizids von allen verstorbenen Ärzten und Zahnärzten wird in Tabelle 54 nach Altersgruppen mit den Ergebnissen in der Bevölkerung verglichen.

Der Anteil der Suizide am gesamten Sterbgeschehen weicht bei allen vier untersuchten Gruppen innerhalb der verschiedenen Altersgruppen erheblich von der Bevölkerung nach oben hin ab.

Tabelle 54 Der altersspezifische Prozentanteil des Suizids am Sterbgeschehen der Ärzte und Zahnärzte Oberbayerns aus den Jahren 1963-1978 im Vergleich zur Bevölkerung Oberbayerns aus den Jahren 1965-1978

	Alter						
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	25-
Ärzte m.	35,3	38,1	13,1	3,1	2,1	0,8	4,8
Bevölkerung m.	19,4	13,0	6,5	2,8	1,1	0,5	2,4
Ärztinnen	11,1	17,4	22,5	20,0	8,0	0,0	12,5
Bevölkerung f.	19,0	10,9	6,8	2,8	1,0	0,3	1,5
Zahnärzte m.	0,0	27,3	7,7	4,6	1,5	1,0	2,8
Bevölkerung m.	19,4	13,0	6,5	2,8	1,1	0,5	2,4
Zahnärztinnen	0,0	0,0	18,2	20,0	9,1	0,0	9,4
Bevölkerung f.	19,0	10,9	6,8	2,8	1,0	0,3	1,5

Der standardisierte Prozentanteil in Tabelle 55 spiegelt die Erhöhung des prozentualen Suizidaufkommens am gesamten Sterbgeschehen innerhalb von Altersgruppen gegenüber der Bevölkerung am besten wieder.

Tabelle 55 Standardisierter Prozentanteil des Suizids von
Ärzten und Zahnärzten am Sterbegeschehen, basie-
rend auf der vorangegangenen Tabelle 54

Alter	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
25 - 34	182	59	o	o
35 - 44	293	160	210	o
45 - 54	202	331	118	268
55 - 64	111	722	164	722
65 - 74	196	784	139	891
75 -	149	o	188	o
25 - Ø	189	333	137	314

Ärzte

Im Bereich des durchschnittlichen standardisierten Prozentanteils von 189 Suiziden liegen die Altersgruppen der 25 bis 34, der 45 bis 54 und der 65 bis 74 jährigen männlichen Ärzte. Von dieser ca. 2 fachen Erhöhung gegenüber der Bevölkerung weicht die Altersgruppe der 35 bis 44 jährigen männlichen Ärzte mit der annähernd 3 fachen Erhöhung nach oben hin ab. Die Altersgruppe der 55 bis 64 jährigen männlichen Ärzte liegt mit 111 Suiziden nur geringfügig 1,1 fach über der männlichen Bevölkerung. Über dieser niedrigsten Erhöhung liegt mit dem 1,5 fachen dann nur noch die Altersgruppe der über 75 jährigen männlichen Ärzte.

Die jüngste Altersgruppe der Ärztinnen zeigt den geringsten Prozentanteil an Suiziden im Vergleich zur Bevöl-

kerung. Ab der Altersgruppe der 35 bis 44 jährigen Ärztinnen, die bereits eine 1,6 fache Erhöhung aufweisen, steigt der Prozentanteil des Suizids am Sterbegeschehen stetig bis auf das nahezu 8 fache in der Altersgruppe der 65 bis 74 Jahre alten Ärztinnen. Für die über 75 jährigen Ärztinnen gilt auch hier das bei der standardisierten Suizidziffer gesagte.

Zahnärzte

Eine ca. 2 fache Erhöhung von Suiziden zeigt bei den männlichen Zahnärzten die Altersgruppe der 35 bis 44 und der über 75 Jahre alten Zahnärzte. Die übrigen Werte - ausgenommen die jüngste Altersgruppe, die keinen Suizid aufweist - streuen um die durchschnittlich 1,4 fache Erhöhung des prozentualen Suizidanteils im Vergleich zur männlichen Bevölkerung.

Die drei Altersgruppen der 45 bis 74 jährigen Zahnärztinnen liegen annähernd gleich hoch wie die Ärztinnen über dem prozentualen Suizidanteil des gesamten Sterbegeschehens der weiblichen Bevölkerung.

4.3.1.5. Durchschnittliches Sterbealter

Zum Abschluß der Altersbetrachtung wird in Tabelle 56 das durchschnittliche Sterbealter der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte im Vergleich zum durchschnittlichen Sterbealter aller verstorbenen Ärzte und Zahnärzte angegeben.

Das durchschnittliche Sterbealter der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte ist im gesamten Untersuchungszeitraum von 1963 bis 1978 durchweg niedriger als das durch-

schnittliche Sterbealter aller verstorbenen Ärzte und Zahnärzte. Auffällig ist hier noch, daß bei den männlichen und weiblichen Zahnärzten sowohl bei den durch Suizid verstorbenen als auch bei allen verstorbenen Zahnärzten und Zahnärztinnen ein höheres durchschnittliches Sterbealter wie bei den Ärzten und Ärztinnen vorliegt.

Tabelle 56 Durchschnittliches Sterbealter der durch Suizid verstorbenen und aller verstorbenen Ärzte und Zahnärzte

	Ärzte	Zahnärzte	Ärztinnen	Zahnärztinnen
Suizide	48,9	58,7	52,6	57,3
Verstorbene	68,3	69,3	61,4	64,4

4.3.1.6. Zusammenfassung der Altersverteilung

Männliche Ärzte

Anzahl (siehe Tabelle 48)

Der Suizid tritt bei männlichen Ärzten in jungen Jahren zahlenmäßig häufiger auf als in älteren Jahren: 46 Suizide (68 %) bis zum 55. Lebensjahr und 21 Suizide (32 %) über dem 55. Lebensjahr.

Suizidziffer (siehe Tabelle 52)

Auf 100 000 lebende männliche Ärzte tritt pro Jahr eine relativ konstante Anzahl von ca. 62 Suiziden innerhalb der einzelnen Altersgruppen auf. Von diesem Ergebnis weicht nach unten nur

die Altersgruppe der 55 bis 64 jährigen Ärzte mit ca. 41 Suiziden und nach oben nur die Altersgruppe der über 75 jährigen männlichen Ärzte mit ca. 86 Suiziden pro 100 000 lebende Ärzte pro Jahr ab.

Standardisierte Suizidziffer (siehe Tabelle 52)

Die jüngste Altersgruppe der 25 bis 34 jährigen Ärzte unterscheidet sich mit dem 2,3 fachen Auftreten von Suiziden am deutlichsten von der männlichen Bevölkerung. Mit der Zunahme des Alters sinkt die Erhöhung gegenüber der jeweils gleichaltrigen männlichen Bevölkerung kontinuierlich auf das 1,25 fache bei den über 75 Jahre alten Ärzten. Eine Ausnahme bilden die 55 bis 64 jährigen Ärzte, die ein niedrigeres Suizidgeschehen als die gleichaltrige männliche Bevölkerung aufweisen.

Durchschnittliches Sterbealter (siehe Tabelle 56)

Das durchschnittliche Sterbealter beträgt bei den durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzten 48,9 Jahre im Vergleich zu 68,3 Jahren aller verstorbenen männlichen Ärzte.

Ärztinnen

Anzahl (siehe Tabelle 48)

Bei den Ärztinnen entfallen 18 Suizide (67 %) aller 27 Suizide auf das Klimakterium der 45 bis 64 jährigen Ärztinnen. 5 Suizide geschahen im Alter unter 45 Jahren, 4 Suizide im Alter von 65 bis 74 Jahren und kein Suizid bei den über 75 jährigen Ärztinnen.

Suizidziffer (siehe Tabelle 52)

Alle altersspezifischen Suizidziffern weichen von der durchschnittlichen Suizidziffer von 68,0 Suiziden erheblich ab. Mit

der Zunahme des Alters steigt pro 100 000 lebende Ärztinnen pro Jahr in den einzelnen Altersgruppen die Anzahl von ca. 11 Suiziden bei den 25 bis 34 jährigen Ärztinnen in großen Sprüngen auf ca. 171 Suizide in der Altersgruppe der 65 bis 74 jährigen Ärztinnen an. Mit ca. 117 Suiziden liegen die beiden Altersgruppen der 45 bis 54 und der 55 bis 64 jährigen Ärztinnen relativ gleich auf.

Standardisierte Suizidziffer (siehe Tabelle 52)

Im Gegensatz zur Abnahme bei den männlichen Ärzten ist bei den Ärztinnen eine erhebliche Steigerung der Suizidhäufigkeit mit zunehmendem Alter gegenüber der weiblichen Bevölkerung zu sehen. Vom ca. 0,74 fachen in der jüngsten Altersgruppe der 25 bis 34 jährigen Ärztinnen, die somit noch unter dem erwarteten Ergebnis aus der weiblichen Bevölkerung lagen, steigt mit der Zunahme des Alters die Häufigkeit der Suizide auf das 6,4 fache bei den 65 bis 74 jährigen Ärztinnen im Verhältnis zur jeweils gleichaltrigen weiblichen Bevölkerung an.

Durchschnittliches Sterbealter (siehe Tabelle 56)

Das durchschnittliche Sterbealter beträgt bei den durch Suizid verstorbenen Ärztinnen 52,6 Jahre im Vergleich zu 61,4 Jahren aller verstorbenen Ärztinnen.

Männliche Zahnärzte

Anzahl (siehe Tabelle 48)

Auf die über 55 Jahre alten männlichen Zahnärzte entfallen 13 Suizide (68 %), 6 Suizide (32 %) dagegen nur auf die unter 55 jährigen Zahnärzte. Diese prozentualen Ergebnisse sind somit genau umgekehrt zu den männlichen Ärzten.

Suizidziffer

Es besteht keine Berechnungsmöglichkeit aufgrund fehlender Altersstatistiken der lebenden Zahnärzte Oberbayerns. Ersatzweise erfolgt im Anschluß das Ergebnis der altersspezifischen Prozentanteile des Suizids von der jeweils gleichaltrigen Gesamtzahl aller verstorbenen Zahnärzte.

Anteil des Suizids in Prozent aller verstorbenen Zahnärzte (siehe Tabelle 54)

Den höchsten Prozentsatz zeigt mit 27,3 % Suiziden die Altersgruppe aller verstorbenen 35 bis 44 jährigen männlichen Zahnärzte gegenüber 13 % der gleichaltrigen männlichen Bevölkerung. Mit zunehmendem Alter fällt dieser Prozentsatz auf 1 % bei den über 75 jährigen Zahnärzten.

Standardisierter Prozentanteil am gesamten Sterbe geschehen (siehe Tabelle 55)

Bis auf die jüngste Altersgruppe, die keinen Suizid aufweist, liegen alle altersspezifischen Prozentsätze über den aus der männlichen Bevölkerung erwarteten Zahlen. Der Verlauf von Altersgruppe zu Altersgruppe ist dabei im Verhältnis zur männlichen Bevölkerung abwechselnd einmal hoch und einmal niedrig mit Gipfelerhöhungen bei den 35 bis 44 jährigen vom 2,1 fachen und bei den über 75 jährigen männlichen Zahnärzten vom 1,9 fachen gegenüber der jeweils gleichaltrigen männlichen Bevölkerung.

Durchschnittliches Sterbealter (siehe Tabelle 56)

Das durchschnittliche Sterbealter beträgt bei den durch Suizid verstorbenen männlichen Zahnärzten 58,7 Jahre im Vergleich zu 69,3 Jahren aller verstorbenen männlichen Zahnärzte.

Zahnärztinnen

Anzahl (siehe Tabelle 48)

Von den 6 Suiziden der Zahnärztinnen verstarben 5 (83 %) im klimakterischen Alter von 45 bis 64 Jahren.

Suizidziffer (siehe Vorseite, männliche Zahnärzte)

Anteil des Suizids in Prozent aller verstorbenen Zahnärztinnen (siehe Tabelle 54)

Die Zahnärztinnen haben in den drei Altersgruppen der 45 bis 74 jährigen annähernd die selben Prozentsätze an Suiziden wie die Ärztinnen. Es ist zu vermuten, daß sie deshalb auch insgesamt ein ähnliches Bild aufweisen. Im Gegensatz zur weiblichen Bevölkerung, in der die Prozentsätze an Suiziden mit aufsteigendem Alter von 19 % auf 0,3 % abnehmen, ist dies bei den Ärztinnen und Zahnärztinnen völlig unterschiedlich. Hier steigen die Prozentanteile des Suizids von 11,1 % bei den 25 bis 34 jährigen Ärztinnen bis auf 22,5 % bei den 45 bis 54 jährigen Ärztinnen (Zahnärztinnen 18,2 %), bleiben dann bei den 55 bis 64 jährigen Ärztinnen relativ konstant mit 20 % (Zahnärztinnen ebenfalls 20 %) und fallen dann auf 8 % (Zahnärztinnen 9,1 %) bei den 65 bis 74 jährigen Ärztinnen wieder ab.

Standardisierter Prozentanteil am gesamten Sterbegeschehen (siehe Tabelle 55)

Wie bei den standardisierten Suizidziffern der Ärztinnen ist hier mit zunehmendem Alter ein erheblicher Anstieg bis auf das 8,9 fache Suizidgeschehen der 65 bis 74 jährigen Zahnärztinnen im Vergleich zur gleichaltrigen weiblichen Bevölkerung zu sehen.

Durchschnittliches Sterbealter (siehe Tabelle 56)

Das durchschnittliche Sterbealter beträgt bei den durch Suizid

verstorbenen Zahnärztinnen 57,3 Jahre im Vergleich zu 64,4 Jahren aller verstorbener Zahnärztinnen.

4.3.2. Personenstand (Familienstand)

Die Anzahl der Suizide nach dem Personenstand ergibt sich aus Tabelle 57. Den größten Anteil bilden in allen 4 Gruppen die verheirateten durch Suizid verstorbenen männlichen und weiblichen Ärzte.

Tabelle 57 Personenstand der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
ledig	15	8	3	0
verheiratet	31	8	10	4
getrennt	8	1	1	0
geschieden	7	6	2	1
verwitwet	6	4	3	1
n	67	27	19	6

Für die Ärzte und Ärztinnen besteht die Möglichkeit einer genaueren Betrachtung des Suizidgeschehens innerhalb des Familienstandes in Form von Suizidziffern. Auf der Grundlage der Volkszählung vom 6.6.1961 veröffentlichte KOLLER (56) in den Tabellen 42, 44, 53 und 54 Zahlen über die Famili-

enstände der lebenden Ärzte und Ärztinnen des gesamten Bundesgebietes. Unter der Annahme einer gleichen Verteilung innerhalb der Familienstände der oberbayerischen Ärzte und Ärztinnen wie im Bundesgebiet und keiner wesentlichen Änderung in den nachfolgenden Jahren des Untersuchungszeitraumes werden diese Angaben von KOLLER (56) auf den Durchschnitt der von 1963 bis 1978 in Oberbayern lebenden Ärzte und Ärztinnen angewandt. Es errechnen sich hieraus die in Tabelle 58 angegebenen Suizidziffern.

Tabelle 58 Familienstand der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen in Suizidziffern

	ledig	verheiratet	getrennt	geschieden	verwitwet
Ärzte	293	32	291	347	291
Ärztinnen	67	37	98	310	128

Auf die verheirateten männlichen Ärzte entfallen 32 Suizide pro 100 000 lebende verheiratete männliche Ärzte pro Jahr, während auf jeden anderen Familienstand zwischen 291 und 347 Suizide kommen.

Auch die verheirateten Ärztinnen weisen das vergleichsweise niedrigste Suizidgeschehen mit 37 Suiziden pro 100 000 lebende verheiratete Ärztinnen auf. Dem Durchschnitt aller Ärztinnen entsprechen in etwa die ledigen Ärztinnen mit einer Suizidziffer von 67 Suiziden, gefolgt von den getrennt

lebenden Ärztinnen mit einer Suizidziffer von 98 Suiziden und den verwitweten Ärztinnen mit einer Suizidziffer von 128 Suiziden. Die höchste Suizidziffer mit 310 Suiziden haben wie bei den männlichen Ärzten die geschiedenen Ärztinnen.

Da für die Zahnärzte keine Möglichkeit der Berechnung von personenstandsspezifischen Suizidziffern möglich ist, werden zum Vergleich die prozentualen Anteile der verschiedenen Personenstände von allen Suiziden der Zahnärzte mit den analogen Angaben der durch Suizid verstorbenen Bevölkerung Oberbayerns in Tabelle 59 verglichen.

Tabelle 59 Personenstand: Prozentanteil des Suizids von Ärzten und Zahnärzten im Vergleich zur gesamt-bayerischen Bevölkerung (Durchschnitt der Jahre 63-78)

Familienstand	Ärzte	Bevölkerung	Zahnärzte
ledig	24,5	25,8	12,0
verheiratet	41,5	50,6	56,0
geschieden u. verwitwet	34,0	23,6	32,0
n	100,0	100,0	100,0

Anmerkung zu Tabelle 59:

Die Zahlen beziehen sich jeweils auf beide Geschlechter, da in der bayerischen Statistik des Suizids nach dem Personenstand (4) nicht nach den Geschlechtern unterschieden wird.

Die Prozentsätze der Bevölkerung beziehen sich auf die Suizide aller Altersgruppen ohne Trennung nach dem Geschlecht auf die gesamt-bayerische Bevölkerung (4). Da in diese Zahlen folglich die Suizide der unter 25 jährigen Bevölkerung eingehen, dürften die Angaben für die ausschließlich über 25 jährige Bevölkerung bei den ledigen höher, bei den verheirateten, geschiedenen und verwitweten dagegen niedriger sein. Der Unterschied dürfte allerdings nicht allzu hoch von diesen Ergebnissen abweichen, da nur ca. 10 % der Suizide von allen Altersgruppen auf die unter 25 jährigen fallen.

Die Zahnärzte zeigen eine deutlich andere Verteilung zur Bevölkerung. Wesentlich geringer als die Bevölkerung sind die ledigen Zahnärzte am Suizidgeschehen beteiligt. Häufiger als die Bevölkerung versterben die verheirateten Zahnärzte durch Suizid. Noch mehr Abstand zur Bevölkerung zeigen jedoch die geschiedenen und verwitweten Zahnärzte.

In dieser Tabelle 59 werden auch vergleichsweise die Ärzte mit angegeben. Die Unterschiede zu den Suizidziffern sind derart groß, daß man aus den Ergebnissen der Tabelle 59 eigentlich keine Schlüsse ziehen sollte.

Das durchschnittliche Sterbealter der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte läßt aufgrund der geringen Fallzahlen innerhalb jeden Personenstandes keine Interpretation zu. Dennoch wird in Tabelle 60 zur Vervollständigung das Ergebnis angegeben.

Tabelle 60 Personenstand und durchschnittliches Sterbealter
der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte

Personen- stand	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
ledig	39,9	54,8	53,3	o
verheiratet	51,9	51,5	59,6	59,0
getrennt	45,4	36,0	42,0	o
geschieden	44,6	49,0	51,5	48,0
verwitwet	65,5	65,3	71,3	60,0
alle Perso- nenstände	48,9	52,6	58,7	57,3

4.3.3. Anzahl der Ehen

Die Mehrzahl aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte war nur einmal verheiratet (siehe Tabelle 61). 6 männliche Ärzte und 4 Ärztinnen verehelichten sich ein zweites Mal und 2 männliche Ärzte sogar ein drittes Mal. Bei den männlichen Zahnärzten und den Zahnärztinnen wurde eine Ehe kein zweites Mal eingegangen.

Tabelle 61 Anzahl der Ehen der durch Suizid verstorbenen
Ärzte und Zahnärzte

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
eine Ehe	44	15	15	6
zwei Ehen	6	4	o	o
drei Ehen	2	o	o	o
n	52	19	15	6

4.3.4. Kinder

In Tabelle 62 werden die Ärzte und Zahnärzte mit und ohne Kinder angegeben. Insgesamt hatten 42 % aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte keine Kinder.

Tabelle 62 Anzahl und Prozentanteil der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit und ohne Kinder

	mit Kinder		ohne Kinder	
	n	%	n	%
Ärzte	41	61	26	39
Ärztinnen	11	41	16	59
Zahnärzte	12	63	7	37
Zahnärztinnen	5	83	1	17
n	69	58	50	42

Ärztinnen

Von dem Durchschnittswert von 42 % aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte, die keine Kinder hatten, weichen die Ärztinnen erheblich nach oben hin ab. 16 von 27 Ärztinnen, das entspricht 59 %, hatten keine Kinder, obwohl die Hälfte der kinderlosen Ärztinnen schon einmal verheiratet gewesen ist oder zum Todeszeitpunkt noch war (siehe Tabelle 63).

Tabelle 63 Familienstand der durch Suizid verstorbenen Ärzte mit und ohne Kinder

		ledig	verheiratet	getrennt	geschieden	verwitwet
Ärzte	m.K.	o	24 (14)	6 (o)	6 (o)	5 (2)
	o.K.	15	7	1	2	1
Ärztinnen	m.K.	o	5 (2)	o	5 (1)	1 (1)
	o.K.	8	3	1	1	3
Zahnärzte	m.K.	o	6	o	2	3
	o.K.	3	3	1	o	o
Zahnärztinnen	m.K.	o	3	o	1	1
	o.K.	o	1	o	o	o

Anmerkung zu Tabelle 63:

Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Ärzte und Ärztinnen, in deren Haushalten noch ledige Kinder wohnten.

Das Alter der Ärztinnen ohne Kinder im Vergleich zum Alter der Ärztinnen mit Kindern läßt erkennen, daß 9 von 16 Ärztinnen im Alter unter 55 Jahren Kinder hatten, während 9 von 11 Ärztinnen im Alter über 55 Jahren keine Kinder hatten (siehe Tabelle 64 und Tabelle 65). Anders ausgedrückt bedeutet dies, daß der Suizid von Ärztinnen im Alter über 55 Jahren zu 81,8 % von kinderlosen Ärztinnen ausgeübt wird, im Gegensatz zu den Ärztinnen im Alter unter 55 Jahren, bei denen der Sui-

zid von Ärztinnen ohne Kinder (43,8 %) annähernd gleich häufig auftritt wie der Suizid von Ärztinnen mit Kindern (56,2 %).

Tabelle 64 Anzahl und Alter der durch Suizid verstorbenen
Ärztinnen mit und ohne Kinder

Alter	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	n
mit Kinder	1	2	6	1	1	0	11
ohne Kinder	0	2	5	6	3	0	16
n	1	4	11	7	4	0	27

Die Kinderlosigkeit der 9 Ärztinnen im Alter über 55 Jahren geht in 8 Fällen zu Lasten der ledigen und verwitweten Ärztinnen (siehe Tabelle 65)

Tabelle 65 Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärztinnen mit
und ohne Kinder unter Berücksichtigung des Alters
und des Personenstands der Ärztinnen

	unter 55 Jahre		über 55 Jahre	
	mit Kind	ohne Kind	mit Kind	ohne Kind
ledig	0	3	0	5
verheiratet u. getrennt	3	3	2	1
geschieden	5	1	0	0
verwitwet	1	0	0	3
n	9	7	2	9

Mit Hilfe der Veröffentlichung KOLLERS (56) kann das Kriterium, ob das Fehlen von Kindern im Haushalt mit dem erhöhten Auftreten von Suiziden korreliert, auch bei den Ärzten und Ärztinnen untersucht werden. KOLLER gibt in Tabelle 53 und 54 auf der Basis der Volkszählung von 1961 Ergebnisse bekannt, in welchem Umfang Kinder in den Haushalten von Ärzten und Ärztinnen leben. Dabei unterscheidet KOLLER auch noch nach dem Familienstand.

Tabelle 66 Kinder im Haushalt: Angaben in Prozent bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten und Ärztinnen im Vergleich zu den lebenden Ärzten und Ärztinnen

Familienstand		Ärzte		Ärztinnen	
		mit Kinder	ohne Kinder	mit Kinder	ohne Kinder
ledig	Ärztasuizide	0	100	0	100
	lebende Ärzte	0	100	3	97
verheiratet	Ärztasuizide	47	53	25	75
	lebende Ärzte	79	21	79	21
getrennt	Ärztasuizide	0	100	0	100
	lebende Ärzte	8	92	41	59
geschieden	Ärztasuizide	0	100	17	83
	lebende Ärzte	21	79	57	43
verwitwet	Ärztasuizide	40	60	25	75
	lebende Ärzte	45	55	58	42
n	Ärztasuizide	24	76	15	85
	lebende Ärzte	72	28	52	48

In Tabelle 66 werden die Ergebnisse der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen Oberbayerns mit den Ergebnissen der lebenden Ärzte und Ärztinnen des Bundesgebietes innerhalb jeden Personenstandes auf Prozentbasis verglichen.

Bei allen durch Suizid verstorbenen Ärzten lebten mit 76 % und bei den Ärztinnen mit 85 % signifikant weniger häufig Kinder in den Haushalten als bei den lebenden Ärzten mit 28 % ($p < 0,0005$) und bei den lebenden Ärztinnen mit 48 % ($p < 0,0005$). In jedem einzelnen Familienstand hatten die durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen Oberbayerns häufiger keine Kinder im Haushalt als die lebenden Ärzte und Ärztinnen. Die Unterschiede sind jedoch nur bei den verheirateten Ärzten ($p < 0,0005$), verheirateten Ärztinnen ($p < 0,005$) und bei den geschiedenen Ärztinnen ($p < 0,2$) signifikant.

Ein Vergleich mit der männlichen und weiblichen Bevölkerung ist mit Hilfe der Tabelle 55 von KOLLER (56) möglich, jedoch nur für den verheirateten Familienstand. Auch hier sind die Unterschiede bei den durch Suizid verstorbenen verheirateten Ärzten, die keine Kinder im Haushalt hatten, mit 53 % signifikant häufiger als in der verheirateten lebenden männlichen Bevölkerung mit 34 % ($p < 0,05$). Die gleiche Signifikanz ergibt sich hinsichtlich der fehlenden Kinder im Haushalt bei den verheirateten Ärztinnen, die durch Suizid verstarben, mit 75 % im Vergleich zur verheirateten lebenden weiblichen Bevölkerung mit 34 % ($p < 0,05$).

4.3.5. Religionszugehörigkeit

In Tabelle 67 wird der zahlenmäßige Anteil der vier untersuchten Gruppen vorgestellt.

Tabelle 67 Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte nach der Religionszugehörigkeit

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen	n
röm. kath.	26	12	11	2	51
evangelisch	28	10	4	3	45
andere	0	1	0	0	1
bekenntnislos	7	4	2	1	14
unbekannt	6	0	2	0	8
n	67	27	19	6	119

Die prozentualen Anteile aus Tabelle 67 werden in Tabelle 68 mit der Religionszugehörigkeit bei den Suiziden in der gesamt-bayerischen Bevölkerung verglichen. Die Prozentangaben der gesamt-bayerischen Bevölkerung in Tabelle 68 beziehen sich jeweils auf beide Geschlechter, da in der bayerischen Statistik des Suizids nach der Religionszugehörigkeit (4) nicht nach dem Geschlecht unterschieden wird. Zudem enthält diese Statistik nur die römisch-katholische und die evangelische Konfession.

Tabelle 68 Religionszugehörigkeit der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte in Prozent im Vergleich zur gesamt-bayerischen durch Suizid verstorbenen Bevölkerung aus dem Jahre 1970

Konfession	Ärzte	Bevölkerung	Zahnärzte
röm. katholisch	40,4	62,2	52,0
evangelisch	40,4	32,9	28,0
andere	1,1	-	0
bekenntnislos	11,7	-	12,0
unbekannt	6,4	4,9	8,0
n	100,0	100,0	100,0

Gegenüber der Bevölkerung versterben mehr evangelische Ärzte und wesentlich weniger katholische Ärzte durch Suizid. Auf die in diesen beiden Konfessionen lebenden Ärzte können diese Ergebnisse leider nicht bezogen werden, da von den lebenden Ärzten keine Statistik über die Konfessionszugehörigkeit existiert. Dieses Ergebnis könnte also auch auf einen höheren Anteil der in Oberbayern lebenden evangelischen Ärzte zurückzuführen sein.

Auffällig ist auf jeden Fall, und dies gilt auch für die Zahnärzte, der hohe Prozentanteil der Bekenntnislosen, der in beiden Gruppen bei ca. 12 % liegt. Auch hier wäre unbedingt der Anteil der Bekenntnislosen von den lebenden Ärzten und Zahnärzten erforderlich, um dieses Ergebnis richtig interpretieren zu können.

So lassen sich nur einige Vermutungen anstellen:

Der Anteil der Konfessionslosen in der lebenden Ärzteschaft ist sehr hoch, dann wäre dieses Ergebnis nicht auffällig. Würde sich jedoch der Anteil der bekenntnislosen Ärzte kaum von der Bevölkerung unterscheiden, dann würde dies bedeuten, daß der Suizid bevorzugt von den bekenntnislosen Ärzten und Zahnärzten begangen würde.

Für die erste Annahme spricht die Kenntnis vom persönlichen Umfeld, daß viele Ärzte aus steuerlichen Gründen aus der Kirche ausgetreten sind. Für die zweite Vermutung sprechen die Ergebnisse der Suizidforschung, die nach THOMAS (97) bei enger religiöser Bindung ein erniedrigtes Suizidaufkommen aufzeigen. Wahrscheinlich trifft hier wohl beides zu.

4.3.6. Geburtsort

In Tabelle 69 wird die zahlenmäßige Verteilung der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte angegeben. Hieraus lassen sich jedoch keine Schlüsse ziehen. Die dazu notwendige Vergleichsgruppe rekrutiert sich aus den Geburtsorten aller verstorbenen Ärzte, da für die lebenden Ärzte keine Statistik über den Geburtsort gefunden werden konnte. Bei den Zahnärzten ist weder ein Vergleich mit den lebenden noch mit den verstorbenen Zahnärzten möglich, da diesbezügliche Angaben nicht erhoben werden konnten.

Tabelle 69 Geburtsort der durch Suizid verstorbenen Ärzte
und Zahnärzte

Regionen	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
Oberbayern	11	5	8	2
Bayern	11	5	3	0
BRD u. Berlin W.	20	9	3	2
deutsche Ost- gebiete	14	5	2	0
Europa West	2	1	2	0
Europa Ost	7	2	1	2
Übersee	2	0	0	0
n (Deutschland)	56	24	16	4
n (Ausland)	11	3	3	2
n (gesamt)	67	27	19	6

Anmerkung zu Tabelle 69:

Die jeweils nächstfolgende Region enthält nicht die davor genannten Regionen.

Vergleiche der Geburtsorte der durch Suizid verstorbenen mit den Geburtsorten aller verstorbenen Ärzte können bei den Ärztinnen mit 94,3 prozentiger Vollständigkeit und bei den männlichen Ärzten mit 97,2 prozentiger Vollständigkeit durchgeführt werden. Dieser Vergleich findet in Tabelle 70 auf prozentualer Basis statt.

Tabelle 7o Geburtsort: prozentuale Verteilung der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen im Vergleich zu allen verstorbenen Ärzten und Ärztinnen

Geburtsort in	Ärzte			Ärztinnen		
	Suizide	alle Verstorbenen	stand.	Suizide	alle Verstorbenen	stand.
Oberbayern	16,4	25,4	65	18,5	21,3	87
Bayern	16,4	18,8	87	18,5	9,7	191
BRD u. Berlin W.	29,9	20,9	143	33,4	35,2	95
deutsche Ostgebiete	20,9	15,0	139	18,5	20,8	89
Europa Ost	10,4	9,9	105	7,4	5,6	132
Europa West	3,0	3,1	97	3,7	3,7	100
Übersee	3,0	1,2	250	0,0	0,9	0
unbekannt	0,0	5,7	-	0,0	2,8	-
n	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100

Ärzte

Die sowohl in Oberbayern geborenen als auch in Oberbayern verstorbenen Ärzte sind 1/3 weniger häufig am Suizidgeschehen beteiligt als die zugewanderten Ärzte. Nur jeder 6. Suizid entfiel auf einen in Oberbayern geborenen Arzt. Bei den insgesamt in Oberbayern verstorbenen Ärzten war dagegen jeder 4. verstorbene Arzt ein in Oberbayern geborener Arzt ($p < 0,0005$).

Den höchsten Prozentsatz am Suizidgeschehen lie-

ferten mit knapp 30 % die im Gebiet der BRD (ohne Bayern) geborenen Ärzte gegenüber dem 21 prozentigen Anteil aller in dieser Gruppe verstorbenen Ärzte. Diese liegen somit ca. 1,4 fach über dem erwarteten Wert ($p < 0,1$). Ähnlich hoch über dem erwarteten Wert liegen auch die Ärzte aus den deutschen Ostgebieten.

Ärzte, die im übrigen Bayern, in ost- oder westeuropäischen Ländern geboren wurden, zeigen annähernd prozentual gleiche Suizidanteile wie Sterblichkeitsanteile.

Ärztinnen

Die Ärztinnen zeigen bezogen auf den Geburtsort mit einer Ausnahme ein annähernd gleiches Suizid- wie Sterbengeschehen. Während die in Oberbayern geborenen Ärztinnen sich nach unten hin noch am deutlichsten von den erwarteten Zahlen unterscheiden, weisen die im übrigen Bayern geborenen Ärztinnen ein völlig überraschendes und enorm vom erwarteten Wert nach oben hin abweichendes Ergebnis auf. Mit 18,5 % ist der Anteil am Suizidgeschehen beinahe doppelt so hoch wie die 9,7 % aller verstorbenen Ärztinnen aus dieser Region ($p < 0,2$).

4.3.7.

Vorstrafen und drohende Strafverfahren

Die Vorstrafen werden in Tabelle 71 nach verschiedenen Straftatbeständen zusammengefaßt. Die Aufstellung dieser Vorstrafen ist mit Sicherheit unvollständig, da die Anforderung eines Strafregistrauszugs bei Suiziden eher die Ausnahme ist.

Jedoch geht auch aus dieser unvollständigen Aufstellung bereits hervor, daß Straftaten überwiegend von zwei Gruppen durchgeführt werden. Es sind dies die Süchtigen und die Personen mit Charakterneurosen, die mit dem Gestr, häufig sogar mehrfach, in Konflikt kamen.

Tabelle 71 Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit Vorstrafen und drohenden Strafverfahren

Vorstrafen und drohende Strafverfahren	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen	n
Alkohol am Steuer und/oder Fahrerflucht	9	1	3	0	13
sonstige Verkehrsdelikte	2	0	0	0	2
Berufsspezifische Straftaten	3	2	0	0	5
Betäubungsmittelmißbrauch	2	1	1	0	4
sonstige Vorstrafen	8	1	1	0	10
eingeleitete Ermittlungsverfahren	3	1	0	0	4
n (Mehrfachnennung)	27	6	5	0	38
n (Suizidenten)	17	3	3	0	23

Die häufigste Verurteilung kam in 13 Fällen wegen Alkohol am Steuer und/oder Fahrerflucht zustande. Berufsspezifische Vorstrafen wie Abtreibung und unerlaubtes Führen eines

akademischen Grades kam in je einem Fall bei den männlichen Ärzten und in je einem Fall bei den Ärztinnen vor. Ein männlicher Arzt war wegen fahrlässiger Tötung (falsche Injektion) vorbestraft. Verstöße gegen das Opiumgesetz führten in 4 Fällen zu Vorstrafen.

Die übrigen 10 Vorstrafen setzen sich aus zwei Gruppen zusammen. Der ersten Gruppe liegen Straftaten zugrunde, die mit dem Erwerb von Betäubungsmitteln in Zusammenhang stehen wie Unterschlagung, Diebstahl, Betrug und Urkundenfälschung. Die zweite Gruppe von Straftaten setzt sich aus Delikten wie Beleidigung, üble Nachrede, Bedrohung, Freiheitsberaubung, Widerstand gegen die Staatsgewalt und vorsätzliche Körperverletzung zusammen.

In 4 Fällen kam es noch zu keiner Verurteilung. Ermittlungen wurden bei 3 männlichen Ärzten angestellt wegen Mord, versuchten Mord und fahrlässiger Tötung (letzteres in Ausübung des Berufs) und bei einer Ärztin wegen Abtreibung.

Insgesamt konnten 17 männliche Ärzte (25,4 %), 3 Ärztinnen (11,1 %) und 3 männliche Zahnärzte (15,8 %) gefunden werden, die vorbestraft waren oder einem Strafverfahren entgegensahen.

4.4. Familiäre Daten

4.4.1. Soziale Herkunft

27,7 % aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte sind soziale Aufsteiger. Über diesem Durchschnittswert liegen die männlichen Ärzte und Zahnärzte und die Zahnärztinnen mit annähernd gleichen Prozentsätzen zwischen 31 und 33 Prozent (siehe Tabelle 72).

Die Ärztinnen weichen auffallend von diesem Durchschnittswert nach unten ab. Bei ihnen sind nur 15 % Aufsteiger zu finden. Ihre Väter waren überwiegend Juristen (5 mal), leitende Beamte (5 mal), Lehrer (4 mal) und andere Akademiker (4 mal).

Bei den männlichen Ärzten fällt noch der hohe 23,9 prozentige Anteil des ärztlichen Berufs bei den Vätern auf.

Tabelle 72 Beruf des Vaters im Vergleich zum Beruf der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte (Inter-Generationen-Mobilität)

soziale Mobilität	Ärzte		Ärztinnen		Zahnärzte		Zahnärztinnen	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vertikal (Aufstieg)	21	31	4	15	6	32	2	33
horizontal (Gleichstand)	43	62	19	70	10	53	4	67
unbekannt	3	7	4	15	3	15	0	0
n	67	100	27	100	19	100	6	100

4.4.2. Beruf des letzten Ehepartners

Bei 21 von 93 jemals verhehelichten Ärzten und Zahnärzten (22,6 %) war der Ehemann von Beruf Arzt oder Zahnarzt (siehe Tabelle 73).

2 von 5 Ärztinnen waren mit einem Arzt verheiratet gewesen und ca. jede 3. Ärztin mit einem Juristen. Diese 6 mit einem Juristen verheirateten Ärztinnen sind nur in einem Fall identisch mit den 5 Ärztinnen, die einen Juristen zum Vater hatten. Faßt man diese beiden Gruppen zusammen, so haben 10 von allen durch Suizid verstorbenen Ärztinnen (37 %) zu Lebzeiten längere Zeit in einem Haushalt mit einem Juristen gelebt. Ob sich dahinter tiefenpsychologisch begründbare Gesetzmäßigkeiten verbergen, muß dahingestellt bleiben; für den Zufall scheint die Zahl jedoch zu hoch zu sein.

Tabelle 73 Beruf des Ehepartners der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte

Beruf des Ehepartners	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
Arzt	10	8	0	1
Zahnarzt	0	0	1	1
Jurist	0	6	0	0
Med. Bereich	7	0	2	0
Kunst	2	0	0	1
Hausfrau	20	-	8	-
sonstige	7	5	0	2
unbekannt	6	0	5	1
n	52	19	16	6

4.4.3. Alter des letzten Ehepartners

Die durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzte und Zahnärzte hatten wie nicht anders zu erwarten überwiegend jüngere Ehefrauen und die durch Suizid verstorbenen Ärztinnen und Zahnärztinnen überwiegend ältere Ehemänner (siehe Tabelle 74).

Tabelle 74 Alter des letzten Ehepartners im Vergleich zu den durch Suizid verstorbenen Ärzten und Zahnärzten

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
<u>Ehepartner jünger:</u>	33	2	6	2
bis zu 5 Jahren	11	0	3	0
5 bis 10 Jahre	12	2	3	2
10 bis 15 Jahre	3	0	0	0
mehr als 15 Jahre	7	0	0	0
<u>Ehepartner älter:</u>	7	9	4	3
bis zu 5 Jahren	5	7	2	3
5 bis 10 Jahre	2	0	1	0
10 bis 15 Jahre	0	2	0	0
mehr als 15 Jahre	0	0	1	0

In dieser Tabelle 74 wurden alle letzten Ehepartner berücksichtigt, unabhängig davon, ob zum Zeitpunkt des Suizids der letzte Ehepartner noch lebte oder bereits vor dem Suizid verstorben ist, oder ob die Ehe noch bestand oder geschieden war.

Zu einem Vergleich mit den Verhältnissen bei den lebenden Ärzten und Ärztinnen und zu einem Vergleich mit der lebenden Bevölkerung müssen jedoch die Verhältnisse bei den zum Suizidzeitpunkt bestehenden Ehen herangezogen werden.

Bei 20,5 % zum Suizidzeitpunkt bestehenden Ehen von männlichen Ärzten lag mit durchschnittlich 18,6 Jahren das Alter der Ehefrau 10 und mehr Jahre unter dem Alter der durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzte. Zu den lebenden männlichen Ärzten, die nach KOLLER (56) in 19,2 % mindestens 10 Jahre jüngere Ehefrauen haben, besteht dabei kein Unterschied. In der lebenden Bevölkerung sind dagegen nach KOLLER nur 9,4 % verheiratete Männer zu verzeichnen, die über 10 Jahre jüngere Ehefrauen haben.

Bei 29,3 % der zum Suizidzeitpunkt verheirateten Ärztinnen hätte man nach den Angaben von KOLLER über die lebenden Ärztinnen einen jüngeren Ehemann erwartet. Dies war bei den durch Suizid verstorbenen Ärztinnen jedoch nur in 11,1 % der Fall.

4.4.4. Alter der Kinder

In Tabelle 75 wird die Anzahl der Ärzte und Zahnärzte mit Kindern angegeben und zwar unter Berücksichtigung des Alters des jüngsten Kindes.

20 männliche Ärzte, 5 Ärztinnen, 4 männliche Zahnärzte und 2 Zahnärztinnen hatten Kinder, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. Dies sind insgesamt 26 % von allen

Ärzten und Zahnärzten, die durch Suizid verstarben.

Tabelle 75 Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit Kindern unter alleiniger Berücksichtigung des Alters des jüngsten Kindes

Alter des Kindes	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen	n
0 - 6	8	2	0	0	10
7 - 15	12	3	4	2	21
16 - 25	10	3	2	0	15
25 -	10	3	6	3	22
unbekannt	1	0	0	0	1
n	41	11	12	5	69

Die männlichen Ärzte liegen mit 30 % über dem Durchschnitt, die Ärztinnen mit 18,5 % erheblich unter dem Durchschnitt von 26 %. Die Anzahl der männlichen Ärzte und Ärztinnen mit über 16 jährigen Kindern ist dabei annähernd gleich hoch wie die Anzahl der männlichen Ärzte und Ärztinnen mit unter 16 jährigen Kindern.

Die oberbayerischen Ärzte und Ärztinnen, die durch Suizid verstarben, hatten zusammen in 22,3 % minderjährige Kinder im Alter unter 18 Jahren, in 23,4 % erwachsene Kinder und in 8,5 % sowohl minderjährige als auch erwachsene Kinder.

4.5. Beruflicher Werdegang

4.5.1. Studium

Die Frage, ob der medizinische Beruf der krankmachende zum Suizid führende Faktor ist oder ob der medizinische Beruf von präsuizidalen Menschen bevorzugt angesteuert wird, läßt sich, wenn überhaupt, nur indirekt beantworten.

Aus diesem Grund wird unter anderem das Studium anhand mehrerer Parameter überprüft. Für eine auffällige Struktur könnten eventuell sprechen: verzögerter Studienabschluß durch langes Studium, häufiger Wechsel der Studienorte, hohes Examensalter, abgebrochene Studiengänge und Art der Studiengänge. Diese fehlende Kontinuität des Studiums könnte unter Umständen auch dafür sprechen, daß die getroffene Wahl des Fachs Medizin nicht den Neigungen entsprach, wobei es dann zwangsläufig im späteren Berufsleben zum Konflikt kam.

Zweitstudien in den Fächern Psychologie und/oder Philosophie wären vielleicht ein Anzeichen dafür, daß sich der Suizident frühzeitig mit der Frage nach dem Sinn des Lebens auseinandergesetzt hatte oder eine Antwort auf bestehende persönliche Konflikte erwartet hatte. Letzteres wird ja auch bezüglich der psychiatrisch Interessierten immer wieder behauptet.

Die das Studium betreffenden Fragen konnten überwiegend mit Hilfe des Lebenslaufes aus den Dissertationsschriften beantwortet werden. Fehlende Daten wurden soweit wie möglich aus den Personalakten der Ärztekammern und aus den Krankengeschichten ergänzt.

Bei den Zahnärzten lag bei 6 männlichen Zahnärzten und einer Zahnärztin kein Studium vor. Diese wurden als Dentisten überwiegend im Jahre 1953 in den Zahnärztestand übernommen.

4.5.1.1. Anzahl der Studienorte

Der Studienort wurde von den Ärzten und Ärztinnen häufiger gewechselt als bei den Zahnärzten (siehe Tabelle 76). Bei den männlichen Ärzten trat ein Studienortwechsel 40 mal (59,7 %) und bei den Ärztinnen 15 mal (55,6 %) auf. Bei den männlichen Zahnärzten waren es dagegen nur 27,3 % und bei den Zahnärztinnen 40 %, die den Studienort wechselten.

Tabelle 76 Anzahl der Studienorte der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte

Anzahl der Studienorte	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
1 Stud. Ort	24	9	6	2
2 Stud. Orte	19	8	3	1
3 Stud. Orte	13	1	0	1
4 Stud. Orte	5	3	0	0
5 u. mehr	3	3	0	0
unbekannt	3	3	2	1
kein Studium	0	0	8	1
n	67	27	19	6

4.5.1.2. Ausländische Studienorte

Ein hoher Anteil der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen studierte unter anderem auch in Österreich. Bei den männlichen Ärzten war dies 11 mal (16,4 %), bei den Ärztinnen 6 mal (22,2 %) der Fall. Die männlichen Ärzte bevorzugten in 8 Fällen Wien, die Ärztinnen in 4 Fällen Innsbruck.

4.5.1.3. Dauer des Studiums

Für einen Vergleich der Dauer des Studiums bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten und Ärztinnen mit der Dauer des Studiums von lebenden Ärzten und Ärztinnen werden die Angaben über die lebenden Ärzte und Ärztinnen aus Tabelle 72 von KOLLER (56) für das Examensjahr 1960 verwandt. Dieses Jahr wurde gewählt, da es die Verhältnisse der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen, die in der Mehrzahl ihr Examen vor 1960 abgelegt hatten, am besten widerspiegelt.

Ein Studium von 13 und mehr Semestern kam bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten 3,5 fach häufiger ($p < 0,001$) und bei den durch Suizid verstorbenen Ärztinnen 4,9 fach häufiger vor ($p < 0,0005$) als bei den lebenden Ärzten und Ärztinnen. Der Anteil bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten und Ärztinnen lag dabei bei 19,4 % bei den Ärzten und 33,3 % bei den Ärztinnen.

9 % Ärzte, 14,8 % Ärztinnen und 5,3 % männliche Zahnärzte studierten sogar mindestens 8 Jahre bzw. 16 Semester lang.

4.5.1.4. Zweitstudiengänge

15 männliche Ärzte und eine Ärztin studierten auch andere Fächer. Bei 7 männlichen Ärzten und einer Ärztin wurde als zweites Fach Philosophie und/oder Psychologie gewählt, von weiteren 4 männlichen Ärzten das Fach Zahnmedizin.

Bei 9 Ärzten und einer Ärztin wurde das Zweitstudium, das sowohl vor, während, aber auch nach dem Medizinstudium liegen konnte, abgebrochen. Alle 4 zahnmedizinischen Studiengänge und ein philosophischer Studiengang wurden erfolgreich abgeschlossen.

4.5.1.5. Examensort

Der Examensort war in Oberbayern zahlenmäßig am häufigsten vertreten (siehe Tabelle 77).

Betrachtet man jedoch alle übrigen Regionen zusammen, so haben doch 59,7 % aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte ihr Examen nicht in Oberbayern absolviert.

Tabelle 77 Examensort der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte

Examensort	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
Oberbayern	29	12	5	2
Bayern	8	3	2	0
BRD	16	5	1	2
Deutschl. Ost	10	3	1	0
Ausland	3	3	0	0
unbekannt	1	1	2	1
kein Studium	0	0	8	1
n	67	27	19	6

4.5.1.6. Examensalter

Das Examensalter lag bei den durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzten bei durchschnittlich 26,3 Jahren. Allein auf die Altersgruppe der 26 und 27 jährigen durch Suizid verstorbenen Ärzte entfielen 46,3 %, während KOLLER (56) in Tabelle 73 für die Examensjahrgänge von vor 1920 bis 1961 für die lebenden Ärzte nur 32,6 % im Alter von 26 und 27 Jahren angibt (siehe Tabelle 78).

Tabelle 78 Die prozentuale Verteilung des Examensalters der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen im Vergleich zu den lebenden Ärzten und Ärztinnen

Examens- alter	Ärzte		Ärztinnen	
	Suizide	lebende	Suizide	lebende
-23	0	1,0	0	1,7
23	0	3,4	11,1	2,6
24	13,4	12,0	11,1	11,7
25	19,4	18,6	29,6	20,0
26	25,4	18,9	3,7	18,7
27	20,9	13,7	7,4	12,3
28	6,0	8,7	7,4	8,3
29	9,0	5,7	7,4	5,1
30	3,0	3,9	3,7	3,0
31 - 35	1,5	5,5	7,4	6,2
35-	0	2,4	3,7	3,9
unbekannt	1,5	7,1	7,4	6,4
n	100,1	100,0	99,9	99,9

Während also wesentlich mehr durch Suizid verstorbene Ärzte ihr Examen im Alter von 26 und 27 Jahren ablegten, als man anhand des Examensalters der lebenden Ärzte erwartet hätte ($p < 0,05$), weisen die durch Suizid verstorbenen Ärztinnen in diesem Alter sogar wesentlich seltener ihr Examen auf, als man erwartet hätte.

Die 11,1 % durch Suizid verstorbenen Ärztinnen, die ihr Examen im Alter von 26 und 27 Jahren ablegten, liegen signifikant unter dem Anteil von 31,0 % der lebenden Ärztinnen, die in diesem Alter ihr Examen bestanden hatten ($p < 0,001$). Die fehlenden erwarteten Ärztinnen in diesem Alter liegen mit einer überwiegenden Mehrheit von 51,8 % im Alter unter 26 Jahren. Die durch Suizid verstorbenen Ärztinnen haben also häufiger ihr Studium in jüngeren Jahren beendet, wobei der Unterschied zu den erwarteten 36 % signifikant ist ($p < 0,025$).

Das durchschnittliche Examensalter betrug bei den durch Suizid verstorbenen Ärztinnen 26,7 Jahre.

Bei den Zahnärzten und Zahnärztinnen ist das Ergebnis ähnlich wie bei den Ärzten, mit dem Unterschied, daß der Altersgipfel der männlichen Zahnärzte in früheren Jahren liegt.

4.5.2. Titel

Insgesamt führten 97 Ärzte und Zahnärzte einen Dokortitel, 17 Ärzte und Zahnärzte waren nicht promoviert und bei 5 Ärzten und Zahnärzten ist die Berechtigung des Führens eines Titels fragwürdig (siehe Tabelle 79). Bei letzteren verliefen selbst Nachforschungen vergeblich (siehe 3.2.5.).

Tabelle 79 Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit und ohne, sowie fraglichem Titel

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
mit Dokortitel	63	20	10	4
ohne Dokortitel	3	4	9	1
fraglicher Titel	1	3	0	1
n	67	27	19	6

Der Hauptanteil ohne Dokortitel entfällt zu über 50 % auf die männlichen Zahnärzte. 47,4 % aller männlichen Zahnärzte hatten keinen Dokortitel, was darauf zurückzuführen ist, daß die Mehrzahl von ihnen zu Beginn der 50 iger Jahre als Dentisten in den Zahnärztestand übernommen wurden.

Auffällig ist noch, daß einschließlich der fraglichen Titel ca. 1/3 aller Ärztinnen nicht promoviert worden waren. Vergleichszahlen zu lebenden Ärztinnen gibt es leider nicht.

2 männliche Ärzte hatten den Titel eines Professors.
3 männliche Ärzte führten je 2 Dokortitel (2 dent., 1 phil.).

4.5.3. Dissertationsthemen

Die häufigsten Dissertationsthemen betrafen bei den männlichen Ärzten die Fachgebiete Innere Medizin (15 mal), Chirurgie (10 mal) und Gynäkologie (10 mal). Im Gegensatz zu den übrigen Fachgebieten, die höchstens je 2 mal vertreten waren, erscheint das Fachgebiet Gynäkologie auffällig häufig als Dissertationsthema. Bei den Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen sind keine Auffälligkeiten zu verzeichnen.

4.5.4. Fachgebiete

Die Verteilung der Ärzte und Ärztinnen auf die verschiedenen Fachgebiete wird in Tabelle 80 vorgenommen.

Zahlenmäßig haben die Praktischen Ärzte, die Internisten und die Ärzte ohne Facharztanerkennung das höchste Suizidgeschehen. Vergleiche sind nur mit den verstorbenen Ärzten möglich, da die Statistiken der lebenden Ärzte hinsichtlich der Fachgebiete nur die berufstätigen, nicht aber die Ärzte im Ruhestand berücksichtigen.

Männliche Ärzte ohne Fachgebietsbezeichnung versterben signifikant häufiger durch Suizid als männliche Ärzte mit Fachgebietsbezeichnung ($p < 0,025$). Eine Rangfolge der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen nach Fachgebieten läßt sich aufgrund der niedrigen Fallzahlen in den einzelnen Fachgebieten nicht erstellen.

Tabelle 80 Anzahl der Suizide von Ärzten und Ärztinnen im Vergleich zur Anzahl der verstorbenen Ärzte und Ärztinnen nach Fachgebieten

Fachgebiete	Ärzte			Ärztinnen		
	Suizide	Verstorbene	%	Suizide	Verstorbene	%
Augenheilkunde	1	42	2,4	0	4	0
Chirurgie	2	102	2,0	0	3	0
Dermatologie	2	52	3,8	0	9	0
Gynäkologie	2	65	3,1	2	5	40,0
HNO - Med.	0	39	0	1	3	33,3
Innere Med.	10	165	6,1	4	18	22,2
Pädiatrie	0	32	0	1	27	3,7
Lungenheilk.	0	21	0	1	2	50,0
Mund- u. Kieferchirurgie	1	2	50,0	0	0	0
Nervenheilk.	3	54	5,6	0	8	0
Orthopädie	1	28	3,6	1	1	100,0
Pharmakologie	1	1	100,0	0	0	0
Psychiatrie	1	3	33,3	1	1	100,0
Radiologie	1	28	3,6	0	1	0
Urologie	2	10	20,0	0	0	0
<u>-kein Fachgeb.</u>	40	628	6,4	15	114	13,2
prakt. Ärzte	18	559	3,2	9	84	10,7
Med. Ass.	4	12	33,3	1	2	50,0
Rest	18	57	31,6	5	28	17,9

Nachdem in 4 Untersuchungen aus den US (7,18,22, 71) festgestellt wurde, daß die Psychiater den höchsten Suizidanteil aufweisen, müssen zu Vergleichszwecken die Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten und Ärzte, die jahrelang auf dem psychiatrischen Gebiet gearbeitet hatten, zusammengefaßt werden. Die amerikanischen Arbeiten unterscheiden nämlich nicht diese vier Gruppen. Insgesamt kommen so immerhin 9 männliche Ärzte und 3 Ärztinnen zusammen, also ca. 10 % aller Suizide von oberbayerischen Ärzten und Ärztinnen.

Eine weitere erheblich auffällige Gruppe bilden die Ärzte und Zahnärzte mit 2 Studienabschlüssen (Humanmedizin und Zahnmedizin). Insgesamt sind 4 von 23 Verstorbenen mit 2 derartigen Studienabschlüssen durch Suizid verstorben. Es sind dies 3 Mund- und Kieferchirurgen und ein HNO-Arzt. 2 der 3 Mund- und Kieferchirurgen und der HNO-Arzt erscheinen nicht in Tabelle 80, da sie zuletzt als Zahnärzte tätig waren und daher dort zugeordnet wurden.

4.6. Berufliche Tätigkeit

4.6.1. Berufstätigkeit zum Todeszeitpunkt

Die Mehrzahl der männlichen Ärzte (70,1 %), der Zahnärzte (68,4 %) und der Zahnärztinnen (83,3 %) war zum Zeitpunkt des Suizids noch berufstätig (siehe Tabelle 81). Nur bei den Ärztinnen übten weniger als die Hälfte (44,4 %) zum Zeitpunkt des Suizids einen Beruf aus. Die genannten Prozentwerte betreffen sowohl die ärztlich tätigen als auch die berufs-fremd tätigen Ärzte und Zahnärzte.

Tabelle 81 Berufstätigkeit der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte zum Zeitpunkt des Suizids

Tätigkeit	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
ärztlich tätig	40	9	13	4
berufsfremd tätig	7	3	0	1
krank seit Monaten	4	1	1	0
arbeitslos	2	7	0	0
im Ruhestand	13	6	4	1
unbekannt	1	1	1	0
n	67	27	19	6

Die Berufstätigkeit der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen kann mit den lebenden Ärzten und Ärztinnen

aus Oberbayern mit Hilfe der Veröffentlichung KOLLERS (56) verglichen werden. KOLLER gibt aufgrund der Volkszählung von 1961 an, daß 92,7 % aller in Oberbayern lebenden Ärzte und 74,9 % aller in Oberbayern lebenden Ärztinnen berufstätig waren.

Nimmt man diese Prozentsätze der erwerbstätigen Ärzte und Ärztinnen auch für die durchschnittlich von 1963 bis 1978 in Oberbayern lebenden Ärzte und Ärztinnen an, so läßt sich für die erwerbstätigen Ärzte eine Suizidziffer von 50,7 Suiziden und für die erwerbstätigen Ärztinnen eine Suizidziffer von 43,7 Suiziden errechnen. Im Vergleich hierzu weisen die nicht erwerbstätigen Ärzte mit einer Suizidziffer von 189,8 Suiziden ($p < 0,0005$) und die nicht erwerbstätigen Ärztinnen mit einer Suizidziffer von 130,4 Suiziden ($p < 0,005$) signifikant mehr Suizide auf, als die erwerbstätigen Ärzte und Ärztinnen. Unter nicht erwerbstätigen Ärzten und Ärztinnen wurden dabei sowohl die im Ruhestand befindlichen als auch die arbeitslosen Ärzte und Ärztinnen verstanden.

Tabelle 82 Anzahl der lebenden und der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen sowie die Suizidziffer nach der Art der Berufstätigkeit

Tätigkeit	Ärzte			Ärztinnen		
	lebende	Suizide	Sz	lebende	Suizide	Sz
ärztlich	5986	44	45,9	1648	10	37,9
berufsfremd	307	7	142,0	211	3	88,9
keine	494	15	189,8	623	13	130,4
unbekannt	-	1	-	-	1	-
n	6787	67	61,7	2482	27	68,0

In Tabelle 82 wurden neben den Ergebnissen der nicht erwerbstätigen Ärzte und Ärztinnen auch die Ergebnisse der erwerbstätigen, aufgeschlüsselt in ärztlich tätige und berufsfremd tätige Ärzte und Ärztinnen, angegeben. Die Beschreibung der ärztlich tätigen und berufsfremd tätigen Ärzte und Ärztinnen findet in den beiden nächstfolgenden Abschnitten statt.

4.6.1.1. Ärztliche Tätigkeit (siehe Tabelle 81 und 82)

Nur 55,5 % aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte war zum Todeszeitpunkt ärztlich tätig. Mit 59,7 % war der Anteil der männlichen Ärzte dem Durchschnitt von 55,5 % am nächsten. Den niedrigsten Anteil der ärztlich tätigen weisen die Ärztinnen mit 33,3 % auf. Die männlichen Zahnärzte befanden sich mit 68,4 % und die Zahnärztinnen mit 66,7 % noch am häufigsten im erlernten Beruf.

Die ärztlich tätigen männlichen Ärzte weisen mit einer Suizidziffer von 45,9 Suiziden im Vergleich zu den nicht erwerbstätigen Ärzten mit einer Suizidziffer von 189,8 Suiziden signifikant weniger Suizide auf ($p < 0,0005$) (siehe Tabelle 82).

Auch die Suizidziffer der ärztlich tätigen Ärztinnen liegt mit 37,9 Suiziden signifikant unter der Suizidziffer von 130,4 Suiziden der nicht erwerbstätigen Ärztinnen ($p < 0,005$).

4.6.1.2. Berufsfremde Tätigkeit (siehe Tabelle 81 und 82)

Die Mehrzahl von 10,4 % berufsfremd tätigen männlichen Ärzten arbeitete in der Pharmaindustrie. 2 männliche Ärzte arbeiteten als Hilfsarbeiter. 3 Ärztinnen und eine Zahnärztin waren ausschließlich als Hausfrauen beschäftigt. Es gab keine berufsfremd tätigen männlichen Zahnärzte.

Die berufsfremd tätigen Ärzte liegen mit einer Suizidziffer von 142,0 Suiziden und die berufsfremd tätigen Ärztinnen mit einer Suizidziffer von 88,9 Suiziden zwischen den Ergebnissen der ärztlich tätigen und den nicht erwerbstätigen Ärzten und Ärztinnen. Der Unterschied der berufsfremd tätigen Ärzte zu den ärztlich tätigen ist nur bei den männlichen Ärzten signifikant ($p < 0,01$).

Zwischen dem Suizidgeschehen der berufsfremd tätigen Ärzte und Ärztinnen und den nicht erwerbstätigen Ärzten und Ärztinnen bestehen keine signifikanten Unterschiede.

4.6.1.3. Ruhestand (siehe Tabelle 81 und 83)

Annähernd 1/5 aller Ärzte und Zahnärzte befand sich im Ruhestand. Der Anteil ist dabei in allen vier Gruppen relativ gleich hoch.

Es waren ausschließlich männliche Ärzte und Zahnärzte, die innerhalb des ersten Jahres nach Eintritt in den Ruhestand durch Suizid verstarben (siehe Tabelle 83). Allein im ersten halben Jahr begingen 5 männliche Ärzte und Zahnärzte den Suizid. Dies sind 20,8 % aller 24 im Ruhestand befindlichen männlichen und weiblichen Ärzte und Zahnärzte.

Tabelle 83 Zeit zwischen Eintritt in den Ruhestand und Suizid

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
- 1/2 Jahr	3	0	2	0
1/2 - 1 Jahr	1	0	0	0
1 - 5 Jahre	2	2	1	1
5 - 10 Jahre	4	3	1	0
10 - Jahre	3	1	0	0
n	13	6	4	1

4.6.1.4. Krankenstand (siehe Tabelle 81)

In monatelangem Krankenstand befanden sich 6 aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte. Bei einigen war die Möglichkeit der Arbeitsaufnahme aufgrund der Erkrankung fraglich (z.B. Zustand nach Herzinfarkt), bei einigen sicher unmöglich (z.B. Tumor). Bei ersteren stand der Übertritt in den Ruhestand mit großer Wahrscheinlichkeit also kurz bevor.

4.6.1.5. Arbeitslosigkeit (siehe Tabelle 81)

2 männliche Ärzte und 7 Ärztinnen waren arbeitslos. Dies sind 3 % aller durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzte und 25,9 % aller durch Suizid verstorbenen Ärztinnen. Suizide von arbeitslosen Zahnärzten und Zahnärztinnen konnten nicht festgestellt werden.

4 von den 7 arbeitslosen Ärztinnen wurde innerhalb des letzten Jahres gekündigt. Bei 2 dieser Ärztinnen wurde als Kündigungsgrund eine Sucht angegeben. Weitere 2 Ärztinnen waren schon jahrelang arbeitslos und die letzte Ärztin gab auf erheblichen Druck des Innenministeriums ihre Praxis wegen einer Psychose 2 Monate vor dem Suizid auf.

4.6.2. Niedergelassene Ärzte und Klinikärzte

Sowohl bei den Ärzten als auch Ärztinnen tritt der Suizid bei den niedergelassenen Ärzten häufiger auf als bei den Klinikärzten (siehe Tabelle 84).

Tabelle 84 Niedergelassene Ärzte und Klinikärzte

Tätigkeit	Ärzte		Ärztinnen	
	Praxis	Klinik	Praxis	Klinik
ärztlich tätig	18	18	6	3
im Ruhestand und krank seit Monaten	11	3	6	2
arbeitslos	0	1	1	5
n	29	22	13	10
%	57	43	57	43

Für die ärztlich tätigen Praxis- und Klinikärzte kann die Suizidziffer berechnet werden, da die Anzahl der lebenden ärztlich tätigen Klinik- und Praxisärzte dem jährlich

erscheinenden Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen (4) entnommen werden kann (siehe Tabelle 85).

Tabelle 85 Anzahl der lebenden und der durch Suizid verstorbenen ärztlich tätigen Ärzte und Ärztinnen sowie die Suizidziffern der ärztlich tätigen Praxisärzte und Klinikärzte

Tätigkeit in	Ärzte			Ärztinnen		
	lebende	Suizide	Sz	lebende	Suizide	Sz
Praxis	2843	18	39,6	905	6	41,4
Klinik	3291	18	34,2	859	3	21,8

Anmerkung zu Tabelle 85:

Die in Tabelle 85 angegebenen Zahlen der lebenden ärztlich tätigen Praxis- und Klinikärzte stellen den Durchschnitt aus den Angaben der 16 Jahre von 1963 bis 1978 dar.

Mit einer Suizidziffer von 39,6 Suiziden bei den ärztlich tätigen Praxisärzten und einer Suizidziffer von 41,4 Suiziden bei den ärztlich tätigen Praxisärztinnen ist das Suizidgeschehen höher als bei den ärztlich tätigen Klinikärzten mit einer Suizidziffer von 34,2 Suiziden bzw. 21,8 Suiziden bei den ärztlich tätigen Klinikärztinnen.

Die höhere Suizidsterblichkeit bei den Praxisärzten läßt sich anhand der Ergebnisse in Tabelle 84 auch bei den im Ruhestand und im Krankenstand befindlichen Ärzten und Ärz-

tinnen vermuten. Die Klinikärzte und Klinikärztinnen scheinen dann erst häufiger durch Suizid zu versterben, wenn sie arbeitslos sind.

4.6.3. Anzahl der Jahre zwischen Examen und Tod

In jeder der 4 Gruppen verteilen sich die Suizide relativ gleichmäßig auf die einzelnen Zehnjahressprünge zwischen Examen und Tod mit Ausnahme der ersten 10 Jahre nach dem Examen (siehe Tabelle 86). In diesen ersten 10 Jahren nach dem Examen kommt bei den Ärztinnen ein Suizid, bei den Zahnärzten und Zahnärztinnen kein Suizid vor im Gegensatz zu den männlichen Ärzten, die in diesem Zeitraum fast 1/4 aller Suizide (23,9 %) aufweisen.

Tabelle 86 Anzahl der Jahre zwischen Examen und Tod bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten und Zahnärzten

Jahre nach dem Examen	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
0 - 9	16	1	0	0
10 - 19	14	6	1	1
20 - 29	15	9	2	1
30 - 39	11	6	3	1
40 - 49	10	3	3	1
50 - 59	1	0	0	0
60 -	0	0	1	0
unbekannt	0	2	1	1
n	67	27	11	5

4.7. Erkrankungen

4.7.1. Somatische Erkrankungen

An akuten somatischen Erkrankungen, die mit großer Wahrscheinlichkeit in Kürze zum Tode geführt hätten, sind 8 männliche Ärzte erkrankt gewesen. Es handelte sich dabei um 6 bösartige Geschwulste (Darm-Ca, Prostata-Ca, Blasen-Ca, Glioblastom und Plasmocytom), eine nicht zu beherrschende Lungentuberkulose und eine Lebercirrhose. In 4 Fällen war dies als Grund des Suizids im Abschiedsbrief angegeben worden. Bei weiteren 5 männlichen Ärzten wurde eine bestehende nicht-lebensgefährliche Erkrankung in Krebs umgedeutet. Es ist zu vermuten, daß diese "Carcinophobie" mit ein Grund für den Suizid war.

Daß Ärzte besondere Schwierigkeiten im Umgang mit eigenen Erkrankungen und dem Vertrauen auf die Richtigkeit der Diagnose der sie behandelnden Ärzte zu haben scheinen, wird durch die 6 Suizide, die Ärzte als Patienten im Krankenhaus begingen, bestätigt. Auch hier war ja ein Teil der nachfolgend genannten Erkrankungen nicht unbedingt ein Grund, sich das Leben zu nehmen: Osteoporose der Wirbelsäule und Parkinsonismus, Ulcus duodeni, Lungen-Ca, Gallensteinleiden, Plasmocytom und akute contusio cerebri.

Auffällige weitere somatische Erkrankungen sind in 11 Fällen Schädel-Hirn-Erkrankungen zur Tatzeit oder in der Anamnese und in 8 Fällen Gehbehinderungen.

Insgesamt sind 6 Schädelbrüche, davon 4 Schädelbasisbrüche (3 mal mit folgender BTM-Sucht) und 2 andere Schä-

delbrüche in der Anamnese zu verzeichnen. Hinzu kommen eine Virusmeningitis und eine Virusencephalitis in der Anamnese, eine unklare Kopfoperation einige Tage vor dem Suizid, ein Glioblastom sowie eine contusio cerebri zur Tatzeit.

Die 8 Gehbehinderungen setzen sich aus 3 Beinverkürzungen, 3 Hüftleiden und 2 jeweils häufigen komplizierten Knochenbrüchen (Osteoporose und ?) zusammen.

Bei der Mehrzahl der Ärzte können noch weitere bestehende Erkrankungen angegeben werden. Häufig treten noch Symptome der Sucht (Polyneuropathie und Lebererkrankungen) und andere Wohlstandserkrankungen auf wie Gicht, Arteriosklerose, Raucherbronchitiden usw. Bei nahezu allen Ärztinnen und Zahnärztinnen kommen natürlich noch die klimakterischen Beschwerden hinzu.

4.7.2. Psychische Erkrankungen

Bei 108 Ärzten und Zahnärzten konnte eine psychische Auffälligkeit, das sind 90,8 %, gefunden werden.

Die Tatsache und die Art der psychischen Erkrankung konnte den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsberichten, die Zeugenaussagen von behandelnden Ärzten, Kollegen, Verwandten, Bekannten, Freunden usw. enthielten, sowie den Krankengeschichten von Nervenkliniken entnommen werden. Für die restlichen 9,2 % Ärzte und Zahnärzte, die durch Suizid verstarben, konnte aufgrund mangelnder Unterlagen keine psychische Erkrankung aber auch keine psychische Gesundheit festgestellt werden.

Bevor auf die Art der Diagnose eingegangen wird, wird in Tabelle 87 angegeben, wer die Diagnose erstellt hat.

Tabelle 87 Anzahl der Diagnoseerstellung von Nervenfach-
ärzten, anderen Ärzten und dem Autor

Diagnose- erstellung durch	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen	n
Nervenfach- ärzte	23	15	4	4	46
andere Ärzte	9	4	1	1	15
Autor	31	6	9	1	47
nicht erstellbar	4	1	3	0	8
unbekannt	0	1	2	0	3
n	67	27	19	6	119

Als eindeutig können die 46 Diagnosen aus psychiatrischen Krankengeschichten und die Aussagen von behandelnden Nervenfachärzten betrachtet werden. Diesen können mit Einschränkungen die 15 Diagnosen von behandelnden Ärzten anderer Fachrichtungen und Ärzten aus dem Verwandten-, Bekannten-, Kollegen- und Freundeskreis gleichgestellt werden. Die fragwürdigste Gruppe ist naturgemäß die vom Autor durchgeführte diagnostische Zuordnung, die in 47 Fällen erfolgen konnte. Die Erstellung der vom Autor genannten Diagnosen beruhen auf Zeugenaussagen, die überwiegend Fachausdrücke der Psychiatrie,

vor allem den Ausdruck "Depression", wiedergaben oder die das Verhalten der Suizidenten schilderten. Von den insgesamt 47 diagnostischen Zuordnungen entfallen 33 auf Depressionen, 5 auf Charakterneurosen, 8 auf Sucht und eine auf das paranoide Syndrom.

Unter Hinzuziehung aller Quellen können bei den männlichen Ärzten in 94,0 %, bei den Ärztinnen in 92,6 %, bei den männlichen Zahnärzten in 73,7 % und bei den Zahnärztinnen in 100 % Diagnosen angegeben werden. Diese Diagnosen verteilen sich auf die verschiedenen Krankheitsbilder wie in Tabelle 88 angegeben. Der Anteil der Süchtigen wird dabei in Klammern angegeben.

Tabelle 88 Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit psychiatrischen Diagnosen

Diagnosen	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
depressives Syndrom	38(14)	13(4)	8(2)	4(0)
davon endogen	2(0)	4(1)	1(0)	0(0)
neurotisch	13(4)	1(0)	0(0)	0(0)
somatisiert	0(0)	1(1)	0(0)	0(0)
paranoid und/oder halluz. Syndrom	6(2)	5(0)	0(0)	0(0)
Charakterneurosen	10(8)	3(3)	2(2)	0(0)
andere Neurosen	1(1)	1(1)	0(0)	0(0)
org. Psychosyndrom	1(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Sucht alleine	7(7)	3(3)	4(4)	2(2)
n	63(32)	25(11)	14(8)	6(2)
% aller Suizide	94,0	92,6	73,7	100,0

Vorherrschend ist in allen vier Gruppen das depressive Syndrom, das in ca. der Hälfte aller 119 Suizide gefunden werden konnte. Eine genaue Spezifizierung des depressiven Syndroms ist leider nur in 21 (33,3 %) von 63 Fällen mit einem depressiven Syndrom möglich. Am häufigsten konnte eine Zuordnung zur neurotischen bzw. reaktiven Depression erfolgen.

In 18 Fällen ist eine Psychose zu vermerken. 9 davon entfallen auf die Ärztinnen, bei denen folglich 33,3 % aller Suizide im Zustand einer Psychose begangen wurden. 4 Psychosen entfallen dabei bei den Ärztinnen auf eine endogene Depression und 5 Psychosen sind paranoid-halluzinatorischen Charakters.

Erwähnenswert ist nur noch der hohe Anteil von Charakterneurosen, der vor allem bei den männlichen Ärzten mit 15 % auffällt. Die übrigen Diagnosen spielen nur eine untergeordnete Rolle, mit Ausnahme der Sucht, die im übernächsten Abschnitt 4.7.4. gesondert betrachtet wird. Die den Suiziden vorausgegangenen Suizidversuche werden als Symptom einer psychischen Störung im nächstfolgenden Abschnitt 4.7.3. behandelt.

4.7.3. Suizidversuche

Suizidversuche vor vollendeten Suiziden sind bekannterweise nicht selten. Dies findet auch in dieser Untersuchung seine Bestätigung (siehe Tabelle 89). Insgesamt konnten bei 45 Ärzten und Zahnärzten Suizidversuche beobachtet werden; dies entspricht 37,8 % aller Suizide.

Tabelle 89 Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit ein und mehr Suizidversuchen

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
1 Suizidversuch	15	6	2	2
2 Suizidversuche	7	2	0	0
3 Suizidversuche	3	2	1	1
mehr als 3 Sv	1	3	0	0
n	26	13	3	3
% aller Suizide	38,8	48,1	15,8	50,0

Bei Ärztinnen und Zahnärztinnen traten in ca. 50 % aller Suizide zuvor Suizidversuche auf. Sie liegen damit über ihren männlichen Kollegen, die 38,8 % Suizidversuche bei den männlichen Ärzten und 15,8 % Suizidversuche bei den männlichen Zahnärzten aufweisen.

In 25 Fällen ging ein einmaliger Suizidversuch voraus, in 20 Fällen erfolgten 2 und mehr Suizidversuche pro Person.

4.7.4. Suchtverhalten

Der Anteil der süchtigen Ärzte und Zahnärzte wird in Tabelle 90 angegeben. Unter Sucht wird in diesem Sinne auch ein Abusus von Alkohol und Medikamenten verstanden. Darunter fallen auch Medikamente, die als nicht süchtig machend bekannt sind wie z.B. Testosteron oder Laxantien. In der Regel war je-

doch auch in diesen Fällen ein gleichzeitiger Alkoholabusus vorhanden. In 11 Fällen ist aus Zeugenaussagen und Obduktionsberichten eine Sucht aufgrund typischer Verhaltensbeschreibungen und/oder typischer somatischer Erkrankungen wie Leberzirrhose und Polyneuropathie sehr wahrscheinlich. Diese 11 Fälle werden als fraglich Süchtige eingestuft und in Tabelle 9o in Klammern angegeben.

Tabelle 9o Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit Alkoholismus, Medikamentenabusus bzw. -sucht und Betäubungsmittelsucht

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen	n
Alkoholismus	8(1)	2(o)	3(o)	o	13(1)
Medikamentenabusus/sucht	14(4)	4(2)	3(2)	o	21(8)
Alkoholismus und zugleich Med. Sucht	1o(2)	5(o)	2(o)	2(o)	19(2)
n	32(7)	11(2)	8(2)	2(o)	53(11)
davon BTM-Sucht	12(5)	2(o)	2(o)	o	16(5)

Anmerkung zu Tabelle 9o:

Die Zahlen in Klammern geben den Anteil der zur Tatzeit fraglich Süchtigen an. In den Zahlen ohne Klammern sind die fraglich Süchtigen enthalten.

Einschließlich der fraglich Süchtigen lag bei 53 aller 119 Suizide (44,5 %) von Ärzten und Zahnärzten eine Sucht bzw. ein Abusus vor. Erhebliche Unterschiede ergeben sich dabei weder zwischen den Geschlechtern noch zwischen Ärzten und Zahnärzten.

Der Alkoholismus kommt mit ca. 26 % in allen vier Gruppen annähernd gleich häufig vor wie die Medikamentensucht. In 14,3 % aller Fälle wurden beide Mittel gleichzeitig verwandt. Mit 16 Fällen ist die Betäubungsmittelsucht sehr häufig vertreten, jedoch war in 5 Fällen davon die Betäubungsmittelsucht zum Todeszeitpunkt nur fraglich vorhanden. In 4 dieser 5 fraglichen Fälle bestand aber die Betäubungsmittelsucht nachgewiesen zu irgend einem Zeitpunkt im Leben.

4.8.

Psychiatrische Behandlung

Die Tabelle 91 zeigt den zahlenmäßigen Anteil der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte, die sich zu irgend einem Zeitpunkt ihres Lebens in psychiatrischer Behandlung befanden. In dieser Tabelle wird zusätzlich der Abstand zur letzten ambulanten oder stationären Behandlung angegeben. Die Angaben sind möglicherweise nicht vollständig. Weitere Ärzte können durchaus ohne Kenntnis der Kriminalpolizei oder in nicht überprüften psychiatrischen Kliniken behandelt worden sein.

Tabelle 91 Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit psychiatrischen Behandlungen sowie den Zeitpunkt der letzten psychiatrischen Behandlung

Zeitpunkt d. letzten Behandlung	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
zur Zeit	6	7	3	1
1 Tag - 1 Woche	3	1	0	0
1 Woche - 1 Monat	1	1	0	0
1 Monat - 1 Jahr	10	3	1	2
mehr als 1 Jahr	16	7	2	2
unbekannt	1	0	0	0
n	37	19	6	5
% aller Suizide	55,2	70,4	31,6	83,3

Insgesamt befanden sich 56,3 % aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte zu irgend einem Zeitpunkt in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung. Bei den Ärztinnen und Zahnärztinnen war der Anteil dabei mit 70,4 % und 83,3 % wesentlich höher als bei den männlichen Ärzten und Zahnärzten mit 55,2 % und 31,6 %. Bei 14,3 % aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte fand der Suizid während der psychiatrischen Behandlung statt: bei 16 ambulanten Behandlungen und bei einer stationären Behandlung.

Hieraus läßt sich jedoch nicht der Schluß ableiten, daß die stationäre Behandlung effizienter sei. Es findet nur eine zeitliche Verschiebung statt. 5,9 % aller Suizide fanden dabei zum Zeitpunkt einer vorgesehenen oder beabsichtigten Einweisung in eine psychiatrische Klinik statt und 16,8 % innerhalb eines Jahres nach der Entlassung aus einem psychiatrischen Krankenhaus.

Die Aufteilung der 49 Ärzte und Zahnärzte, die sich in einer stationären psychiatrischen Behandlung befanden, wird unter Berücksichtigung eines ein- oder mehrmaligen Aufenthalts in Tabelle 92 vorgenommen.

Tabelle 92 Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit ein- und mehrmaligen stationären psychiatrischen Behandlungen

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen	n
einmalig	11	2	3	4	20
mehrmalig	16	12	1	0	29
n	27	14	4	4	49
%	40,3	51,8	21,1	66,7	41,2

Über die Hälfte aller durch Suizid verstorbenen Ärztinnen und 2/3 aller durch Suizid verstorbenen Zahnärztinnen befanden sich schon in psychiatrischer stationärer Behandlung. Sie liegen damit wieder über den männlichen Ärzten und Zahnärz-

ten mit 40,3 % und 21,1 %. In psychotherapeutischer Behandlung befanden sich 9 männliche Ärzte und 4 Ärztinnen.

Die häufigsten Gründe für die psychiatrische Behandlung waren: Suizidversuche, Alkohol- und Medikamentenabusus, Depressionen und paranoid-halluzinatorische Psychosen.

4.9. Arztkontakt vor dem Suizid

Vor dem Suizid wird häufig ein Arzt aufgesucht. Bei den männlichen und weiblichen Ärzten verhält es sich nicht anders. Unter Einbeziehung jeglichen Arztkontaktes, also nicht nur in der Rolle als Patient, haben innerhalb der letzten Woche vor dem Suizid bei 37 männlichen Ärzten (55,2 %) und 10 Ärztinnen (37,0 %) Arztkontakte stattgefunden. Diese Ergebnisse sind in Wirklichkeit sicher noch höher, da nicht immer von den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsbehörden der zuletzt behandelnde Arzt gefunden und befragt wurde, ob eine seelische Störung die Ursache des Suizids sein könnte.

Überwiegend erfolgte der Arztkontakt in der Eigenschaft eines Patienten. Obwohl die Suizidalität häufig erkannt worden war, wurde die Konsequenz einer eventuellen stationären psychiatrischen Behandlung nicht gezogen. Ob dieses Zögern, einem Kollegen eine stationäre Behandlung in einer Nervenlinik "zuzumuten" mit ausschlaggebend für die häufigen vollendeten Suizide ist, kann nicht so ohne weiteres behauptet werden. Die Vielzahl der stationären nervenärztlichen Behandlungen in 49 Fällen würde eigentlich eher dagegen sprechen. Wurde dagegen

eine stationäre psychiatrische Behandlung zwar beschlossen aber nicht sofort durchgeführt, dann war bei 5,9 % aller Suizide dieser Beschluß offensichtlich letzter Anstoß zum Suizid. Es besteht dabei kein Unterschied, ob dies der erste oder ein weiterer Klinikaufenthalt gewesen wäre.

Die Zahnärzte beiderlei Geschlechts unterscheiden sich erheblich von den Ärzten. Bei ihnen ist ein Arztkontakt vor dem Suizid die absolute Ausnahme. Bei nur 2 männlichen Zahnärzten und nur einer Zahnärztin konnte ein vorausgegangener Arztkontakt festgestellt werden.

4.10. Erkrankungen in der Familie

4.10.1. Psychische Erkrankungen

In 22,7 % aller Suizide konnten psychische Erkrankungen in der Blutsverwandtschaft festgestellt werden. Bei den Ärztinnen und Zahnärztinnen waren mit 33,3 % psychische Erkrankungen in der Familie häufiger als bei den männlichen Ärzten mit 19,4 % und den männlichen Zahnärzten mit 15,8 %. Vorwiegend traten dabei Psychosen aus dem manisch-depressiven Formenkreis auf.

4.10.2. Suizide in der Familie

Suizide in der Familie sind in dieser Untersuchung von besonderem Interesse, wenn es sich dabei ebenfalls um Ärzte handelt. Dies ist 3 mal der Fall, wovon 2 Fälle auch Gegenstand in dieser Untersuchung sind: einmal die Ehefrau und einmal der Vater. Im dritten Fall suizidierte sich die Ehefrau und Ärztin bereits vor 1963, so daß sie in diese Untersuchung nicht mehr aufgenommen werden konnte. In beiden Fällen, in denen der Witwer seiner Ehefrau folgte, war dieser vorausgegangene Suizid der Ehefrau wesentliches Motiv des Witwers.

Insgesamt kamen in 17 Fällen (14,3 %) Suizide in der Familie vor (siehe Tabelle 93), in direkter Linie 6 mal, Geschwister 5 mal, übrige Verwandte 4 mal und 2 bereits besprochene Suizide von Ehepartnern.

Tabelle 93 Anzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte, bei denen Suizide in der Familie vor-
kamen

	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen
in direkter Linie	3	2	1	0
Ehepartner	2	0	0	0
übrige Verwandte	4	3	2	0
davon Geschwister	2	3	0	0
n	9	5	3	0

4.11. Anlässe des Suizids

Bis zu diesem Abschnitt wurden überwiegend sozio-logische Parameter aufgeführt, ohne zu prüfen, ob einzelne Auffälligkeiten in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Suizidgeschehen stehen. Um einen ursächlichen Zusammenhang herstellen zu können, ist zunächst die Kenntnis der Anlässe der Suizide nötig.

In diesem Abschnitt werden unter anderem auch zum Teil bereits besprochene Parameter darauf untersucht, ob sie in einem Zusammenhang mit dem Suizid stehen, bzw. einen Anlaß für den Suizid darstellen. Dabei ist aber Voraussetzung, daß dieser Zusammenhang entweder vom Suizidenten selbst oder von Zeugen benannt wurde. Auf diese Voraussetzung kann nur dann verzichtet werden, wenn ein Ereignis zeitlich so nahe am Suizidgeschehen liegt, daß am Zusammenhang zwischen auslösendem Ereignis und Suizid trotz fehlender Bestätigung durch den Suizidenten bzw. Zeugen nicht gezweifelt werden kann. Ein willkürlich gewähltes Beispiel mag dies verdeutlichen.

Das Merkmal "verwitwet" ist bereits im Abschnitt 4.3.2. (Personenstand) als soziologisches Merkmal besprochen worden. Dieses Merkmal sagt auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß Verwitwete häufiger als Verheiratete durch Suizid versterben, zunächst sehr wenig aus. Ist jedoch ein enger zeitlicher Zusammenhang, z.B. 3 Wochen, zwischen dem Tod des Ehepartners und dem Suizid, so gewinnt das Merkmal "verwitwet" bereits die Bedeutung eines Anlasses. Wird dann noch vom Suizidenten selbst festgestellt, daß er den Tod des Ehepartners

nicht verwinden könne, oder wird von Zeugen eine psychische Verschlechterung des Suizidenten seit dem Tod des Ehepartners festgestellt, dann kann der Tod des Ehepartners als Anlaß für den Suizid als gesichert gelten. Das Kausalitätsbedürfnis des Suizidenten selbst, aber auch der Zeugen, ist dabei zu berücksichtigen.

Mit der Kenntnis des Anlasses ist aber noch nichts über die Ursache des Suizids ausgesagt. Verbergen sich hinter den verschiedenen Anlässen Gesetzmäßigkeiten, dann wäre man den Ursachen des Suizids schon wesentlich näher.

Bei der Überprüfung der Anlässe unter dem Gesichtspunkt des Verlustes für den Suizidenten zeigte sich doch deutlich, daß bei der Mehrzahl aller Suizide die Unfähigkeit, Verluste ertragen zu können, eine erhebliche Rolle spielte. Auf diesen Aspekt wird in der Diskussion näher eingegangen. Zunächst werden aber die Anlässe der Suizide unter dem Blickwinkel betrachtet, inwieweit die Anlässe zugleich einen Verlust für den Suizidenten darstellten.

4.11.1. Verlust einer nahestehenden Person

In Tabelle 94 werden die Verluste einer nahestehenden Person durch Tod, Scheidung oder Trennung unter Berücksichtigung des zeitlichen Abstandes zwischen Verlustereignis und Suizid betrachtet.

Tabelle 94 Anzahl der Ärzte und Zahnärzte, deren Anlaß für den Suizid im Verlust einer nahestehenden Person durch Tod, Scheidung oder Trennung unter Berücksichtigung des zeitlichen Abstandes lag (Mehrfachnennung) (m = männlich; f = weiblich)

Monate seit Verlust	Tod					Schei- dung	Trennung		n	
	Ehe- part- ner	Freund Freun- din	Va- ter	Mut- ter	Kind		Ehe- part- ner	Freund Freun- din		
	m f	m f	m f	m f	m f	m f	m f	m f	m f	m f
<u>Ärzte:</u>										
- 1	1 2	1 o	o 1	o o	o o	o o	2 o	1 1	5	4
2- 6	o 1	o o	o o	1 1	1 o	o o	o 1	o o	2	3
7-12	o o	1 o	2 o	o o	o 1	1 1	1 o	o 1	5	3
13-24	2 o	o o	o 1	1 o	o o	o o	1 o	2 o	6	1
24-	1 o	o o	o o	o 1	o o	o o	4 o	o o	5	1
drohend	o 1	1 o	o o	o o	o o	4 2	1 o	o o	6	3
n	4 4	3 o	2 2	2 2	1 1	5 3	9 1	3 2	29	15
<u>Zahn- ärzte:</u>										
- 1	o o	o o	o o	o o	o o	o o	o o	o o	o	o
2- 6	o o	o o	o o	o o	o o	o o	o o	o o	o	o
7-12	o 1	o o	o o	o o	o o	1 o	1 o	o o	2	o
13-24	1 o	o o	o o	o o	o o	o 1	o o	o o	1	1
24-	o o	o o	1 o	1 o	o o	o o	o o	o o	2	o
drohend	o o	1 o	o o	o 1	o o	o o	o o	o o	1	1
n	1 1	1 o	1 o	1 1	o o	1 1	1 o	o o	6	2

In diese Tabelle 94 wurden nur diejenigen aufgenommen, bei denen das betreffende Verlustereignis als Anlaß für den Suizid in Frage kam. Unter nahestehenden Personen werden der Ehepartner, der Freund, die Freundin, der Vater, die Mutter und die Kinder des Suizidenten verstanden.

Bei 23 Suiziden von Ärzten und Zahnärzten ging ein Todesfall eines nahestehenden Menschen voraus und bei 4 Suiziden stand der Tod eines nahestehenden Menschen unmittelbar bevor. Bei diesen 4 letztgenannten Suiziden handelte es sich um die 4 Doppelsuizide, die bereits im Abschnitt 4.2.2. besprochen worden sind. Einschließlich dieser 4 Doppelsuizide geschahen dabei 21 Suizide innerhalb von 15 Monaten nach dem Todesfall der nahestehenden Person. Bei den restlichen 6 Suiziden wurde zum Teil von den Suizidenten selbst oder aber von Zeugen geschildert, daß der auch schon länger zurückliegende Todesfall - in 2 Fällen waren es Suizide - nicht verwunden werden konnte.

Am häufigsten geschah der Suizid in 11 Fällen nach dem Tod eines Elternteils. In 6 Fällen ging der Tod des Vaters voraus, in 5 Fällen der Tod der Mutter. Am nächst häufigsten folgte der Suizid in 10 Fällen nach dem Tod des Ehepartners. Hieraus folgt, daß der Tod der Eltern eine annähernd gleich große Rolle zu spielen scheint wie der Tod des Ehepartners.

Auffällig ist, daß der vorausgegangene Tod einer nahestehenden Person bei den Ärztinnen und Zahnärztinnen mit jeweils 33,3 % aller Suizide von Ärztinnen und Zahnärztinnen wesentlich häufiger auftrat als bei den männlichen Ärzten mit 17,9 % und den männlichen Zahnärzten mit 21,1 %.

Der Verlust des Ehepartners durch eine vollendete Scheidung spielt nicht die Rolle als Anlaß für den Suizid, wie man zunächst erwarten würde. Nur in 4 Fällen von insgesamt 15 Geschiedenen stellte die Scheidung einen Anlaß für den Suizid dar. Die restlichen 11 vollendeten Scheidungen lagen auch zeitlich so lange zurück, daß sie auf das Suizidgeschehen keinen direkten Einfluß mehr ausübten.

Als Anlaß für den Suizid kommt mit 6 Fällen häufiger eine drohende bzw. eingereichte Scheidung als eine vollendete Scheidung in Frage. Der kritische Zeitpunkt für einen Suizid bei einem Partnerverlust ist dabei die Zeit der Trennung entweder unmittelbar nach der Trennung oder zu einem späteren Zeitpunkt, wenn keine Aussicht mehr besteht, den Partner zurückzugewinnen. In insgesamt 16 Fällen konnte ein derartiger Verlust des Ehepartners oder der Freundin oder des Freundes durch Trennung als Anlaß für den Suizid festgestellt werden.

Faßt man den Tod und eine drohende oder vollendete Scheidung und eine Trennung als Anlaß für den Suizid zusammen, so konnte das Merkmal des Verlustes einer nahestehenden Person bei 25 männlichen Ärzten (37,3 %), bei 13 Ärztinnen (48,1 %), bei 5 männlichen Zahnärzten (26,3 %) und bei 3 Zahnärztinnen (50,0 %) beobachtet werden. Die von diesen letztgenannten Zahlen abweichenden Ergebnisse in Tabelle 94 sind auf die Mehrfachnennungen in dieser Tabelle zurückzuführen.

4.11.2. Verlust des sozialen Umfelds

Unter Verlust des sozialen Umfelds wird der Verlust des Arbeitsplatzes, der Verlust der Heimat, der Verlust des Heims und die beruflich bedingte Trennung von der Familie verstanden. In Tabelle 95 wird aufgezeigt, in welchem Umfang diese Verluste des sozialen Umfelds als Anlaß für den Suizid in Frage kamen. Dabei wird berücksichtigt, ob diese Verluste bereits geschahen oder unmittelbar bevorstanden.

Tabelle 95 Anzahl der Ärzte und Zahnärzte, deren Anlaß für den Suizid in Verlusten des sozialen Umfelds lag
(Mehrfachnennung)

Verluste des sozialen Umfelds	erfolgte Verluste				drohende Verluste			
	Ärzte		Zahnärzte		Ärzte		Zahnärzte	
	m	f	m	f	m	f	m	f
<u>Verlust der Arbeit:</u>								
Kündigung	2	2	0	0	3	0	0	0
Praxisaufgabe	5	0	3	0	1	1	1	0
Versetzung in den Ruhestand	2	0	0	0	1	0	0	0
sonstige Gründe	1	2	0	0	1	0	0	0
<u>Verlust der Heimat</u>	0	1	0	0	0	0	0	0
<u>Verlust des Heims</u>								
wegen Umzug	5	1	1	0	2	1	2	1
wegen Nervenklinikaufenthalt	0	1	0	0	2	2	1	2
obdachlos	1	0	0	0	0	0	0	0
<u>Beruflich bedingte Trennung v.d. Familie</u>	3	0	0	0	0	0	0	0
n	19	7	4	0	10	4	4	3

11 der 30 Verluste, die bereits geschahen, lagen nicht länger als einen Monat zurück, weitere 13 Verluste nicht länger als 6 Monate und die restlichen 6 Verluste länger als 6 Monate. Zu den 30 bereits geschehenen Verlusten kommen weitere 21 Verluste, die unmittelbar bevorstanden.

Der Verlust der Arbeit konnte in 17, einschließlich des drohenden Arbeitsverlustes in 25 Fällen beobachtet werden. Der Hauptanteil entfällt dabei auf 7 Praxisaufgaben innerhalb von 6 Monaten vor dem Suizid und auf 3 bevorstehende Praxisaufgaben. In 4 Fällen lag eine Kündigung der Arbeitsstelle und in 3 Fällen eine drohende Kündigung der Arbeitsstelle vor.

Der Verlust der Heimat lag als Anlaß für den Suizid bei einer Ärztin vor.

In insgesamt 13 Fällen spielte der Verlust des Heims eine Rolle als Anlaß für den Suizid. Von diesen 13 Heimverlusten standen 6 unmittelbar bevor.

Der vorübergehende Verlust des sozialen Umfelds wegen eines bevorstehenden Nervenklinikaufenthaltes stand in 7 Fällen bevor. In einem Fall wurde der Suizid während eines Nervenklinikaufenthaltes unternommen.

Eine beruflich bedingte Trennung von der Familie konnte in 3 Fällen als Anlaß für den Suizid gefunden werden.

Die insgesamt 51 Verluste des sozialen Umfelds (Mehrfachnennung) traten bei 42 Suizidenten auf. Die Verteilung beläuft sich dabei auf 24 männliche Ärzte, 9 Ärztinnen, 6 männliche Zahnärzte und 3 Zahnärztinnen.

4.11.3. Verlust der körperlichen und geistigen Unversehrtheit

Der Verlust der körperlichen und geistigen Unversehrtheit spielte als Anlaß für den Suizid mit je 18 Fällen eine relativ große Rolle. Bei den männlichen Ärzten wurden in 15 Fällen, bei den Ärztinnen, männlichen Zahnärzten und Zahnärztinnen in je einem Fall somatische Erkrankungen als Anlaß für den Suizid angegeben.

Bei den in Abschnitt 4.7.2. aufgeführten endogenen Depressionen und paranoid-halluzinatorischen Syndromen kann in allen 18 Fällen der Anlaß für den Suizid in der Psychose selbst gesehen werden.

4.11.4. Verlust des persönlichen Handlungsspielraums

Unter dem Verlust des persönlichen Handlungsspielraums werden Einkommensverluste, Rückforderung von Schulden, Verlust der Mündigkeit und ähnlich geartete Verluste verstanden.

Einkommensverluste spielten bei 4 männlichen Ärzten, 1 Ärztin und 3 männlichen Zahnärzten eine Rolle als Anlaß für den Suizid. Der Verlust der Mündigkeit kam bei 1 Arzt und 1 Ärztin als Anlaß vor. Die Rückforderung von Schulden konnte bei 1 Arzt als Anlaß für den Suizid beobachtet werden.

Insgesamt konnten bei 5 männlichen Ärzten, 2 Ärztinnen und 4 männlichen Zahnärzten Verluste des persönlichen Handlungsspielraumes als Anlaß für den Suizid gefunden werden.

4.11.5. Verlust der persönlichen Integrität

Unter Verlust der persönlichen Integrität werden Führerscheinentzug, Strafanzeigen, Ermittlungsverfahren, bestehendes oder drohendes Berufsverbot, berufliche Fehlschläge usw. verstanden.

Bei 4 männlichen Ärzten und 1 Ärztin lagen Strafanzeigen vor. Der Führerscheinentzug spielte bei 3 männlichen Ärzten und 1 männlichen Zahnarzt eine Rolle. Einem männlichen Arzt und 2 Ärztinnen drohte ein Berufsverbot, bei einer Ärztin bestand bereits ein Berufsverbot. Berufliche Fehlschläge konnten bei 2 männlichen Ärzten als Anlaß für den Suizid ausfindig gemacht werden.

Insgesamt konnten bei 9 männlichen Ärzten, 5 Ärztinnen und einem Zahnarzt Verluste der persönlichen Integrität als Anlaß für den Suizid festgestellt werden.

4.11.6. Suizide ohne eruierbaren Anlaß

Bei 9 männlichen Ärzten, 4 Ärztinnen, 6 männlichen Zahnärzten und 1 Zahnärztin konnten keine Anlässe für den Suizid gefunden werden.

Ärzte: Von den 9 männlichen Ärzten waren 5 ledig und hiervon wiederum 3 am Anfang ihres Berufs im Alter von 30, 31 und 31 Jahren. Bei 3 der 5 ledigen männlichen Ärzte konnte festgestellt werden, daß der Vater verstorben war, als die Suizidenten noch unter 6 Jahre alt gewesen waren. 3 der 9 männlichen Ärzte waren süchtig.

Ärztinnen: Von den 4 Ärztinnen waren 2 ledig. Bei einer Ärztin lag eine fragliche endogene Depression vor. Ein Ermittlungsbericht war nicht auffindbar.

Zahnärzte: Bei 3 der 6 männlichen Zahnärzte lag eine fragliche Psychose vor (2 endogene Depressionen, 1 Angst-psychose). Ein Ermittlungsbericht war nicht auffindbar.

Zahnärztinnen: Bei dem Suizid der Zahnärztin ohne eruierbaren Anlaß lag eine fragliche endogene Depression zugrunde.

4.11.7. Zusammenfassung der Anlässe des Suizids

Die Anlässe der Suizide wurden unter dem Gesichtspunkt des Verlustes in 5 große Gruppen gegliedert. Bei insgesamt 99 Ärzten und Zahnärzten (83,2 %) konnte aufgezeigt werden, daß Verluste jeglicher Art, insbesondere aber der Verlust einer nahestehenden Person oder der Verlust des sozialen Umfelds, eine erhebliche Rolle als Anlaß für den Suizid spielte.

In Tabelle 96 werden die Einzelergebnisse nochmals zusammengefaßt und vorgestellt. Da beim Auftreten von mehreren Verlusten bei einem Suizidenten alle Verluste in dieser Tabelle berücksichtigt wurden (Mehrfachnennung), unterscheidet sich die rechnerische Summe in den senkrechten Spalten von der angegebenen Personenzahl, die einen Verlust erlitten hatte.

Tatsächlich lag bei 58 männlichen Ärzten, 23 Ärztinnen, 13 männlichen Zahnärzten und 5 Zahnärztinnen ein Verlust als Anlaß für den Suizid vor. Bei den männlichen Zahnärzten konnte mit 68,4 % wesentlich seltener ein Verlust als An-

laß für den Suizid gefunden werden als bei den männlichen Ärzten mit 86,6 %, bei den Ärztinnen mit 85,2 % und den Zahnärztinnen mit 83,3 %.

Von allen aufgeführten Verlusten spielten der Verlust einer nahestehenden Person und der Verlust des sozialen Umfelds die größte Rolle. Bei 42 männlichen Ärzten, 19 Ärztinnen, 10 männlichen Zahnärzten und 4 Zahnärztinnen konnte einer der beiden Verluste als Anlaß für den Suizid gefunden werden.

Tabelle 96 Anzahl der Ärzte und Zahnärzte, deren Anlaß für den Suizid in Verlusten verschiedener Kategorien lag (Mehrfachnennung)

Verluste	Ärzte	Ärztinnen	Zahnärzte	Zahnärztinnen	n
Verlust einer nahestehenden Person	25	13	5	3	46
Verlust des sozialen Umfelds	24	9	6	3	42
Verlust der körperlichen Unversehrtheit	15	1	1	1	18
Verlust der geistigen Unversehrtheit	8	9	1	0	18
Verlust des persönlichen Handlungsspielraums	5	2	4	0	11
Verlust der persönlichen Integrität	9	5	1	0	15
Anzahl der Personen mit Verlusten unter Ausschaltung der Mehrfachnennung	58	23	13	5	99

5. D I S K U S S I O N

5.1. Methodik

Das größte Problem bei einer Untersuchung über den Suizid von Ärzten und Zahnärzten ist die Erfüllung der Forderung, alle Suizide von Ärzten und Zahnärzten eines bestimmten Gebietes innerhalb eines bestimmten Zeitraumes vollständig zu ermitteln. Nur wenn diese Bedingung nach Vollständigkeit neben einer verwertbaren Anzahl von Fällen erfüllt ist, kann eine Aussage über die Höhe des Suizidgeschehens von Ärzten und Zahnärzten mit dem Anspruch auf Validität getroffen werden. Es konnte keine Veröffentlichung gefunden werden, in der alle Bedingungen uneingeschränkt erfüllt waren. Die Fehlermöglichkeiten sind dabei enorm umfangreich wie anhand nachfolgender Beispiele gezeigt werden kann.

Untersuchungen, deren Ergebnisse sich nur auf Angaben in Leichenschauscheinen beziehen, haftet von vornherein der Fehler an, daß die Todesursache, die im Leichenschauschein eingetragen ist, weder durch eine Obduktion noch durch andere Ermittlungen korrigiert wird. Diese Aussage, die von WELLMANN (104) als Leiter eines aktiven Autopsiedienstes in New York getroffen wird, kann durch die vorliegende Untersuchung bestätigt werden. In ca. 10 % der gefundenen Suizide von Ärzten und Zahnärzten aus Oberbayern wurde bei der sekundären Hinzuziehung des Leichenschauscheines festgestellt, daß auf dem Leichenschauschein nur die Rubrik "nicht aufgeklärt, ob natürlicher oder nicht natürlicher Tod" angekreuzt war.

Erst mit Hilfe weiterer Maßnahmen wie Obduktion und kriminalpolizeilichen Ermittlungen konnte dann die Todesursache Suizid zum großen Teil sicher und zum kleinen Teil sehr wahrscheinlich festgestellt werden.

Durch die in der vorgelegten Untersuchung durchgeführte Methode, die Suizide von Ärzten und Zahnärzten bei den Staatsanwaltschaften anhand einer Liste aller verstorbenen Ärzte und Zahnärzte zu suchen, ist diese Fehlerquelle ausgemerzt. Nachteilig wirkt sich dieses Vorgehen jedoch auf einen Vergleich des Suizidgeschehens von Ärzten und Zahnärzten mit dem Suizidgeschehen in der Bevölkerung aus. Es ergibt sich hieraus ein höheres Suizidgeschehen bei den Ärzten und Zahnärzten im Vergleich zur Bevölkerung, da beim Suizidgeschehen in der Bevölkerung dieser Fehler noch enthalten ist. Dies ist in der vorgelegten Untersuchung stets zu berücksichtigen, wenn ein Vergleich mit der Bevölkerung durchgeführt wird.

Bei der Frage nach der Richtigkeit der Todesursache wird noch ein weiterer schwerer methodischer Fehler - vor allem in den Untersuchungen aus den US - begangen. Nahezu alle Untersuchungen aus den US benutzen als Quelle die Veröffentlichungen über die Todesursachen von Ärzten aus dem wöchentlich erscheinenden "Journal of the American Medical Association" (7,13,18,21,22,32,39,71,76,89,93). Diese Quelle ist jedoch nahezu ungeeignet, wie vor allem von ROSE (82) kritisiert wird. ROSE überprüfte die Richtigkeit der Todesursachen von kalifornischen Ärzten und fand anhand einer Computerliste des "California Department of Public Health" 18 namentlich genannte Suizide von Ärzten, während im JAMA

nur 9 Ärzte mit der Todesursache Suizid wieder gefunden werden konnten. Bei den restlichen 9 Ärzten waren zum Beispiel 4 Ärzte mit natürlichen Todesursachen und 3 Ärzte ohne Todesursache im JAMA aufgeführt worden. Als Unterlage für die Veröffentlichung benützt nach ROSE (81) der Herausgeber des JAMA, die American Medical Association, drei verschiedene Quellen, von denen zwei äußerst fragwürdig seien. Ein Teil der Kenntnis von Todesursachen beruhe auf Todesanzeigen und Artikel in Zeitschriften, ein weiterer Teil werde von Angehörigen angegeben und selten beruhe die Todesursache auf Angaben in Leichenschauscheinen. Das Suizidgeschehen von Ärzten ist folglich nach ROSE in den US wesentlich höher als bisher festgestellt worden ist.

Eine weitere Fehlerquelle ist nicht gerade selten bei der alleinigen Quelle des Leichenschauscheins anzutreffen und betrifft die Berufsangabe auf dem Leichenschauschein. Aus der Berufsangabe im Leichenschauschein war im Rahmen dieser Untersuchung der Beruf eines Arztes oder eines Zahnarztes vielfach nicht zu erkennen. Dies trifft vor allem auf die Berufsangabe Hausfrau, Rentner und Pensionär zu, aber auch auf Ärzte, die berufsfremd tätig waren wie z.B. als Hilfsarbeiter, Vertreter usw. Es kam auch vor, daß Zahnärzte als Ärzte bezeichnet wurden. Unter diesem Fehler einer fragwürdig richtigen Berufsangabe leiden meines Erachtens alle Veröffentlichungen, die von Statistischen Ämtern wie dem Statistischen Bundesamt in Wiesbaden (91), dem Her/His Majesty Stationery Office in London (47,48,49,50), dem US Department of Health, Education and Welfare und ähnlicher Ämter durchgeführt wurden oder deren

Unterlagen von Autoren wie LINDHARDT (58,59), OGLE (66,67), GURALNICK (46), SAKINOFSKY (84), ROSE (82) und SCAROTT (859 als Quelle benutzt wurden.

Erlauben die bisher besprochenen Untersuchungen zum Teil mit erheblichen Einschränkungen noch eine Aussage über die Höhe des Suizidgeschehens von Ärzten und Zahnärzten, so sind viele weitere Untersuchungen hierzu völlig ungeeignet bzw. lassen keinen Vergleich mit dem Suizidgeschehen in der Bevölkerung zu. Dies trifft vor allem dann zu, wenn die Fallzahlen sehr niedrig sind wie bei CASPER (17), POWELL (75), CRAWSHAW (19), BLACHLY (6), wo dies für Suizide von männlichen Ärzten zutrifft, wie bei WALDSTEIN (102), ROSE (82), FUCHS (44), DEAN (20), ENDERS (33) und THOMAS (95), wo dies für Ärztinnen zutrifft und wie bei BLACHLY (6), DEAN (20) und SCAROTT (85), wo dies für Suizide von männlichen Zahnärzten der Fall ist. Aufgrund einer fehlenden regionalen Abgrenzung sind die Untersuchungen von FUCHS (44), ENDERS (33), KARUP (53) und FREUDENBERG (40,41,42,43) für Aussagen über die Höhe des Suizidgeschehens von Ärzten sowie für einen Vergleich mit der Bevölkerung ungeeignet.

In dieser vorgelegten Untersuchung wurde versucht, methodisch einwandfreie Ergebnisse hinsichtlich der Häufigkeit des Suizidgeschehens von Ärzten und Zahnärzten zu liefern. Dennoch ist es möglich, daß nicht alle Suizide von Ärzten und Zahnärzten erfaßt wurden. Diese Möglichkeit besteht trotz der in 16 Fällen erfolgreich durchgeführten Sicherungsmaßnahme, alle bei den Staatsanwaltschaften registrierten Verstorbenen

mit dem Titel eines Doktors oder Professors auf den Beruf eines Arztes oder Zahnarztes und das Vorliegen eines Suizids zu überprüfen.

Die Nichterfassung des Suizids von einem Arzt oder Zahnarzt könnte dann der Fall sein, wenn der durch Suizid verstorbenen Arzt oder Zahnarzt weder bei der Bayerischen Landesärztkammer bzw. Bayerischen Landeszahnärztekammer gemeldet war, noch den Titel eines Doktors oder Professors führte. Beim Zusammentreffen aller relevanten Ereignisse kann es sich höchstens um Einzelfälle handeln. Falls ein solcher Fall zutreffen sollte, dann wäre am ehesten denkbar, daß es sich um einen Arzt oder Zahnarzt kurz nach Erhalt der Approbation und ohne Dokortitel handeln würde oder um einen Arzt im Ruhestand ohne Dokortitel, der seinen Altersruhesitz in Oberbayern aufschlug ohne sich bei den Kammern gemeldet zu haben. Bei einem ordnungsgemäß gemeldeten Arzt ohne Dokortitel könnte es sich nur um einen von Kammerbeiträgen befreiten Arzt gehandelt haben, dessen Tod bei den Kammern noch nicht bekannt war. Beitragspflichtige Ärzte wären spätestens im Sommer 1979 entdeckt worden, wenn die Beitragsrechnung wegen des Todesfalls nicht bezahlt worden wäre.

Mögen die Ergebnisse, den Umfang des Suizidgeschehens betreffend, noch relativ gut gesicherte Aussagen zulassen, so trifft dies für die männlichen Ärzte, Zahnärzte und die Ärztinnen zu, nicht jedoch für die Zahnärztinnen. Hier ist die Anzahl der sechs Suizide von Zahnärztinnen zu niedrig, um gesicherte Aussagen treffen zu können. Es ist jedoch auf-

fällig, daß die Ergebnisse der Zahnärztinnen hinsichtlich Suizidziffer und anderer Parameter weitgehend mit den Ergebnissen der Ärztinnen übereinstimmen.

Nach der Methodik der Erhebung des zahlenmäßigen Umfangs des Suizidgeschehens von Ärzten und Zahnärzten ist nun die Ermittlung der übrigen Ergebnisse zu diskutieren. In der Literatur werden neben der Häufigkeit des Suizidgeschehens allenfalls noch Ergebnisse über die Suizidmethode (6,7,18,20, 21,29,30,33,39,44,53,67,71,82,89,93,96,107), das Alter (6,13, 14,15,16,18,19,20,21,22,33,39,43,44,46,47,48,58,59,63,66,71, 82,89,91,93,103), den Familienstand (7,82) und das Fachgebiet (7,18,22,71) angegeben.

Neben fünf Fallbeschreibungen von SIMON (87) und sieben Fallbeschreibungen von DE SOLE (22) konnte nur BLACHLY (7) 80 Suizide von insgesamt 249 Suiziden von Ärzten und Ärztinnen hinsichtlich weiterer Daten untersuchen: Universitätszugehörigkeit, Religion, Anzahl der Kinder, zeitlicher Abstand zur Ausbildung, Berufstätigkeit, finanzielle Situation, körperliche und geistige Gesundheit, psychiatrische Behandlung, örtliche Herkunft, Suizide in der Familie, Tod eines Elternteils in der Kindheit, Suizidanamnese, Alkoholismus, Medikamentensucht und mögliche Ursachen des Suizids. Die Ermittlung dieser Ergebnisse erfolgte mittels Fragebögen, die BLACHLY an Angehörige von 194 durch Suizid verstorbene Ärzte verschickte, deren Angehörige allerdings nur in 80 Fällen den Fragebogen mehr oder weniger vollständig ausgefüllt an ihn zurückschickten. Der Vorteil dieser Methode liegt darin, daß wissenswerte Angaben erhoben werden können, während in der

hier vorgelegten Untersuchung bestimmte nötige Angaben von der Kriminalpolizei entweder nicht erfragt wurden oder trotz Erfragung im Bericht nicht erwähnt wurden. Dies trifft z.B. für Nervenklinikaufenthalte oder vorausgegangene Suizidversuche zu. Die Untersuchung BLACHLY's hat allerdings den Nachteil, daß Angaben z.B. hinsichtlich der Persönlichkeit zum Zeitpunkt des Suizids in mehr oder weniger entferntem zeitlichen Abstand zum Suizid von den Angehörigen erfragt wurden. In der hier vorgelegten Untersuchung wurden dagegen die Angaben von den Angehörigen durch die Kriminalpolizei zu einem Zeitpunkt erhoben, als die Angehörigen noch unter dem unmittelbaren Eindruck des Suizidgeschehens standen. Auch ist denkbar, daß die Wahrheitsliebe der Angehörigen gegenüber der Kriminalpolizei, mitbedingt auch durch den unmittelbaren Eindruck des Suizidgeschehens, größer ist als gegenüber anderen Institutionen.

Als weiterer Vorteil der Auswertung der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsberichte ist im Vergleich zur Untersuchung BLACHLY's die Tatsache zu sehen, daß bis auf seltene Ausnahmen weitere Zeugen wie Verwandte, Bekannte, Kollegen, behandelnde Ärzte usw. von der Kriminalpolizei über die durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte befragt wurden. Es ergibt sich somit ein umfassenderes Bild über die durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte. Ein weitgehend vollständiges Bild konnte durch weitere Methoden der Ermittlung relevanter Daten erstellt werden. Dies geschah anhand der Auswertung von Personalakten bei den Berufskammern, der

Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten, der Auswertung der Lebensläufe aus den Dissertationsschriften und der Hinzuziehung familiärer und persönlicher Personenstandsdaten.

Sowohl der Untersuchung BLACHLY's als auch der hier vorgelegten Untersuchung haftet jedoch der gleiche Mangel an, daß es sich um Sekundärdaten handelt, die ausgewertet wurden. Dieser Mangel bezieht sich weniger auf soziologische Daten als auf die Begleitumstände, die zum Suizid führten.

Am geeignetsten wäre natürlich das Verfahren, sofort mit der Kriminalpolizei am Tatort zu erscheinen und die Befragung der Zeugen ergänzend zu den kriminalpolizeilichen Ermittlungen selbst mittels standardisierter Methoden und Fragen durchzuführen.

5.2. Ergebnisse (Diskussion)

5.2.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens

Die Diskussion der Häufigkeit des Suizidgeschehens erfolgt getrennt nach männlichen Ärzten, Ärztinnen, männlichen Zahnärzten und Zahnärztinnen.

Männliche Ärzte

Die 67 in Oberbayern durch Suizid verstorbenen Ärzte weisen eine Suizidziffer von 61,7 Suiziden auf. Im Vergleich mit den übrigen Ergebnissen von Ärztesuiziden in Deutschland (siehe Tabelle 1) wird diese Ziffer nur für die Jahre 1924 bis 1930 mit einer Suizidziffer von 64,9 Suiziden überboten (42,43). FUCHS (44) gibt für Düsseldorf eine Suizidziffer von 53,0 Suiziden für die Jahre von 1950 bis 1965 an. ENDERS (33) nennt leider keine Suizidziffer, obwohl diese Untersuchung noch am ehesten für einen Vergleich geeignet wäre.

In den Untersuchungszeitraum von 1963 bis 1978 fallen neun Untersuchungen aus dem Ausland, davon sieben aus den US (7,18,21,22,76,89,93), eine aus England und Wales von 1959 bis 1963 (50) und eine aus Süd-Afrika von 1960 bis 1966 (20). Die niedrigste Suizidziffer wurde in England und Wales mit 30,7 Suiziden gefunden, gefolgt von den US mit Suizidziffern zwischen 30,8 Suiziden und 38,3 Suiziden sowie von Süd-Afrika mit einer Suizidziffer von 48,5 Suiziden. Im Vergleich zu den genannten Ländern weisen die Ärzte Oberbayerns die höchste Suizidziffer mit 61,7 Suiziden auf. Nicht mehr im gleichen Untersuchungszeitraum jedoch erwähnenswert ist die Suizidziffer der Ärzte Dänemarks mit 69,0 Suiziden in den

Jahren von 1935 bis 1959 (59). Die erhebliche Ergebnisbreite der Suizidziffern zwischen 30,7 und 69 Suiziden pro 100 000 lebende Ärzte pro Jahr läßt sich nicht allein durch die unterschiedliche Methodik der Erhebung in den verschiedenen Ländern erklären. Es scheint sich hier zum Teil um echte Unterschiede zu handeln.

Auffällig ist jedoch noch die Abhängigkeit der Höhe der Suizidziffern von Ärzten von der Größe und Einwohnerzahl des Landes. Je kleiner das Einzugsgebiet der Untersuchung ist, um so größer ist die Suizidziffer. So weisen die kleinen Gebiete wie Tulsa County für die Jahre 1937 bis 1956 eine Suizidziffer von 83 Suiziden von Ärzten auf (75), in Kalifornien wurde eine Suizidziffer von 77 Suiziden von Ärzten in den Jahren von 1959 bis 1961 festgestellt (82), von Dänemark liegt die Suizidziffer von 69 Suiziden von Ärzten vor (59) und in Oberbayern liegt die Suizidziffer bei 61,7 Suiziden pro 100 000 lebende Ärzte pro Jahr. Als Ursache kommt in Betracht, daß die Ermittlungen in einem kleinen Einzugsgebiet exakter als in einem großen Einzugsgebiet durchgeführt werden können.

Im Vergleich des Suizidgeschehens der männlichen Ärzte mit der über 25 jährigen Bevölkerung mittels der standardisierten Suizidziffer ergibt sich ein völlig anderes Bild als bei der alleinigen Betrachtung der Suizidziffer. Nun nehmen die englischen Ärzte mit dem 1,76 fach höheren Suizidaufkommen gegenüber der Bevölkerung den ersten Platz ein, gefolgt von den oberbayerischen Ärzten mit dem 1,58 fachen und den dänischen Ärzten mit dem 1,53 fachen. Die geringste Erhöhung weisen die

Ärzte aus den US mit der 1,03 bis 1,12 fachen Erhöhung auf.

Als dritter Parameter neben der Suizidziffer und der standardisierten Suizidziffer ist noch der Suizidanteil in Prozent der verstorbenen Ärzte erwähnenswert. Mit Ausnahme der US, die 1,8 bis 3,2 % Suizide von allen verstorbenen Ärzten aufweisen, haben alle Ärzte aus allen übrigen genannten Ländern einen Prozentanteil, der bei ca. 5 % liegt.

Auffällig ist noch die erhebliche Schwankungsbreite der Häufigkeit des Suizidgeschehens der Ärzte Oberbayerns, wenn man die Verhältnisse des 16 jährigen Untersuchungszeitraumes in 4 Zeitabschnitte zu je 4 Jahren zerlegt. Die Ergebnisse des Zeitabschnittes von 1963 bis 1966 liegen bei der Anzahl der Suizide (siehe Tabelle 32), der Suizidziffer (siehe Tabelle 33), der standardisierten Suizidziffer (siehe Tabelle 34) und dem Prozentanteil der Suizide von allen verstorbenen Ärzten (siehe Tabelle 36) erheblich unter dem Durchschnitt, in dem darauffolgenden Zeitabschnitt von 1967 bis 1970 erheblich über dem Durchschnitt des gesamten 16 jährigen Untersuchungszeitraumes. Die Verhältnisse in den beiden letzten Zeitabschnitten von 1971 bis 1974 und 1975 bis 1978 entsprechen etwa dem Gesamtdurchschnitt. Es hat den Anschein, als ob das fehlende Suizidgeschehen der Jahre 1963 bis 1966 durch das gehäufte Suizidgeschehen in den Jahren von 1967 bis 1970 kompensiert worden wäre.

Ärztinnen

Die 27 Suizide von oberbayerischen Ärztinnen ergeben eine enorm hohe Suizidziffer von durchschnittlich 68 Suiziden pro 100 000 lebende Ärztinnen pro Jahr. Innerhalb der 4 Zeitabschnitte zu je 4 Jahren schwankt die Suizidziffer zwischen 49,7 und 87,3 Suiziden. Diese Suizidziffer ist die bisher zweithöchste Suizidziffer von Ärztinnen, die meines Wissens je festgestellt wurde. Die höchste Suizidziffer mit einem Wert von 99,7 Suiziden wird von FUCHS (44) aus Düsseldorf berichtet, jedoch liegen dieser Suizidziffer nur 5 Suizide von Ärztinnen zugrunde.

Für einen Vergleich geeignete Untersuchungen konnten bisher nur aus den US gefunden werden (18,71,93), alle anderen Untersuchungen sind entweder zahlenmäßig zu gering (20,33,82,95,102) oder enthalten andere Einschränkungen (34, 39,44).

Für die US gibt CRAIG (18) eine Suizidziffer von 40,5 Suiziden für die Ärztinnen in den Jahren von 1965 bis 1967 an, STEPPACHER (93) nennt für die Jahre von 1965 bis 1970 eine Suizidziffer von 33,6 Suiziden und PITTS (71) konnte für die Ärztinnen eine Suizidziffer von 40,7 Suiziden für die Jahre 1967 bis 1972 errechnen.

Das Suizidgeschehen der Ärztinnen liegt dabei in den US 3,2 fach (93) bis 3,6 fach (18,71) über dem Suizidgeschehen der über 25 jährigen weiblichen Bevölkerung. In Oberbayern dagegen liegt die Suizidhäufigkeit der Ärztinnen aufgrund des hohen Suizidgeschehens der über 25 jährigen weiblichen Bevölkerung beim "nur" durchschnittlich 3,0 fachen.

Der Prozentanteil der Suizide der Ärztinnen Oberbayerns von allen verstorbenen Ärztinnen liegt bei 12,5 % im Gegensatz zu 5,7 % bei CRAIG (18) und 6,6 % bei PITTS (71) und 1,5 % in der über 25 jährigen weiblichen Bevölkerung Oberbayerns. Da in den Prozentsatz von 12,5 % bei den Ärztinnen die andersgeartete Altersstruktur der lebenden Ärztinnen im Gegensatz zur lebenden weiblichen Bevölkerung mit eingeht, sagt der Vergleich mit der weiblichen Bevölkerung so gut wie nichts aus, es sei denn, dieser Vergleich wird innerhalb bestimmter Altersgruppen vorgenommen.

Männliche Zahnärzte

Die männlichen Zahnärzte Oberbayerns weisen mit 19 Suiziden und einer Suizidziffer von 48,9 Suiziden pro 100 000 lebende Zahnärzte pro Jahr ein relativ gleichmäßiges Ergebnis innerhalb der 4 Zeitabschnitte zu je 4 Jahren auf.

Einen Vergleich mit anderen Ergebnissen aus neuerer Zeit erlauben Veröffentlichungen aus den Ländern der US (16), England und Wales (85), Süd-Afrika (20) und Kalifornien (82) (siehe Tabelle 14). Die Suizidziffer liegt für die Zahnärzte aus den US in den Jahren von 1961 bis 1966 mit 25,9 Suiziden und für England und Wales für die Jahre von 1970 bis 1972 mit 25,2 Suiziden nahezu um die Hälfte niedriger als für die Zahnärzte Oberbayerns mit einer Suizidziffer von 48,9 Suiziden. Höher als die Suizidziffer der Zahnärzte Oberbayerns ist die Suizidziffer von 59,5 Suiziden bei den Zahnärzten Südafrikas für die Jahre von 1960 bis 1966 und am höchsten liegt sie mit 83,0 Suiziden für die Jahre von 1959 bis 1961 bei den

Zahnärzten Kaliforniens.

In Kalifornien liegt das Suizidgeschehen der Zahnärzte mit dem 2,3 fachen auch am höchsten über der männlichen Bevölkerung, gefolgt vom 1,85 fachen für die Zahnärzte aus den US in den Jahren von 1968 bis 1972 (16) und von 1,65 fachen der Zahnärzte aus England und Wales. Die niedrigste Erhöhung haben noch nach den Zahnärzten aus Süd-Afrika, die in den Jahren von 1960 bis 1966 das 1,4 fache Suizidgeschehen aufweisen, die oberbayerischen Zahnärzte mit dem 1,25 fach höheren Suizidgeschehen gegenüber der über 25 jährigen männlichen Bevölkerung Oberbayerns.

Zahnärztinnen

Für die Zahnärztinnen konnten keine Vergleichsdaten gefunden werden. Soweit die 6 Suizide von Zahnärztinnen aus Oberbayern Aussagen zulassen, kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse festgestellt werden, daß sich die Suizidhäufigkeit der Zahnärztinnen kaum von der Suizidhäufigkeit der Ärztinnen unterscheidet.

Die Suizidziffer von 61,7 Suiziden liegt annähernd gleich hoch wie bei den Ärztinnen mit 68,0 Suiziden pro 100 000 lebende Ärztinnen pro Jahr. Der Prozentanteil der Suizide am gesamten Sterbegeschehen der Zahnärztinnen weicht auch nicht allzusehr mit seinen 9,4 % von den 12,5 % der Ärztinnen ab.

Bei allen 4 Gruppen konnte anhand aller genannten Veröffentlichungen und der vorgelegten Untersuchung nachgewiesen werden, daß Suizide von Ärzten und Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen häufiger vorkommen als in der über 25 jährigen männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung.

Nachdem es sich hier um Ergebnisse des Suizidgeschehens von der Berufsgruppe der Ärzte und Zahnärzte handelt, sollte das Suizidgeschehen mit dem Suizidgeschehen anderer Berufsgruppen verglichen werden. In der Literatur werden hierzu die Berufe entweder einzeln aufgeführt oder sozialen Klassen zugeordnet. Sowohl die Klasseneinteilung als auch die Zuordnung von bestimmten Berufen zu einer Klasse wird von den Autoren unterschiedlich gehandhabt. Das Her/His Majesty Stationery Office gliedert die Berufe in 5 Klassen, PORTERFIELD (74) gibt 3 Klassen an, von den meisten Autoren wird jedoch keine Klasseneinteilung vorgenommen, allenfalls werden kleine Grüppchen gebildet (6,17,61,66,67,72,75,83,91,98,101,102,106).

Die Ergebnisse unterscheiden sich in den verschiedenen Veröffentlichungen zum Teil erheblich. Dennoch ist eine gewisse Tendenz ersichtlich. Bei einer Grobeinteilung in untere, mittlere und obere Klasse ergibt sich, daß die untere Klasse in allen Untersuchungen das höchste Suizidgeschehen im Vergleich zum Durchschnitt aller 3 Klassen hat. Die mittlere Klasse streut um den Durchschnitt mit der Tendenz zum niedrigen Suizidgeschehen. Die oberste Klasse ist die uneinheitlichste Klasse. Das Suizidgeschehen in der obersten Klasse wird zwischen hoch und niedrig angegeben. Hinzu kommt, daß verschiedene Berufsgruppen in der oberen Klasse ein extrem unterschiedlich

hohes Suizidgeschehen aufweisen. Pfarrer und Lehrer haben ein niedriges Suizidgeschehen, Ärzte, Zahnärzte und Apotheker haben ein hohes Suizidgeschehen.

Eine genaue Übersicht wäre wünschenswert, sie würde den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen.

5.2.2. Tatumstände (Diskussion)

Bei den Suizidmethoden kann für die Suizide von Ärzten die Aussage MORSELLIS (64) aus dem Jahre 1881 erneut bestätigt werden, daß zum Suizid berufsgruppenspezifische Materialien und Werkzeuge bevorzugt werden. Die oberbayerischen Ärzte verstarben 3 fach und die Ärztinnen 4,5 fach häufiger durch Vergiftungen mit festen und flüssigen Stoffen als die oberbayerische Bevölkerung.

CRAIG (18), DE HART (21), FREEMAN (39) und ROSE (82), die ebenfalls einen Vergleich mit der Bevölkerung auf der Basis von Suizidziffern durchführen, kommen zu einem ähnlichen Ergebnis. DE HART und ROSE geben auch für die Suizide durch Schnitt und Stich ein 1,4 bzw. 4,0 fach gehäuftes Suizidgeschehen bei männlichen Ärzten an. Die oberbayerischen männlichen Ärzte liegen mit dem 3,3 fachen Suizidgeschehen durch Stich und Schnitt zwischen den beiden Ergebnissen.

Bei den männlichen Zahnärzten aus Oberbayern fällt neben der bevorzugten Suizidmethode durch Gifte die häufige Suizidmethode durch Feuerwaffen auf. In der Literatur konnten keine Vergleiche der Suizidmethode von Zahnärzten mit der Bevölkerung gefunden werden.

Nach einer auf 14 Veröffentlichungen beruhenden Sammelstatistik von BONK (9) schwankt der Anteil von vollendeten Suiziden unter alkoholischer Beeinflussung zwischen 2,3 % und 91,3 %. Der Durchschnitt dieser methodisch uneinheitlich ermittelten Ergebnisse liegt dabei bei 28,6 % ohne Berücksichtigung des Geschlechts. Die Männer weisen durchschnittlich 35,6 % und die Frauen 15,4 % auf. In seiner eigenen Untersuchung, die auf Leichenblutanalysen beruht, gibt BONK (9) 34,4 % Suizide an, die eine Blutalkoholkonzentration von über 0,2 Promille aufweisen. Der Anteil der Männer betrug 40,6 %, der Anteil der Frauen 24,1 %.

Vier von BONK (9) zitierte methodisch vergleichbare Untersuchungen von MUNCK, VOLBERT, SZUCKOVSKY und JAMES ergeben für die Männer durchschnittlich 49,4 % und für die Frauen 22,7 % . Man kann also davon ausgehen, daß ca. die Hälfte der Suizide von Männern und ein Viertel der Suizide von Frauen unter Alkoholeinfluß geschehen.

Die oberbayerischen Ärzte und Ärztinnen waren vergleichsweise mit je 15 % und die männlichen Zahnärzte mit 26 % weniger häufig während des Suizids alkoholisiert. Auch BLACHLY (7) gibt mit 19 % einen geringeren Anteil von alkoholisierten Ärzten während des Suizids an. Der Unterschied zur Bevölkerung läßt sich zum Teil sicher dadurch erklären, daß bei den Ärzten in Oberbayern nur gelegentlich eine Blutalkoholbestimmung durchgeführt wurde. Es wurden aber auch Zeugenausagen berücksichtigt.

Über die örtliche Suizidumgebung konnten nur Angaben über Suizidversuche von STENGEL (92) gefunden werden. Diese Angaben sind jedoch mit den eigenen Angaben nicht vergleichbar, da vor allem auf das Zugewesen von anderen Personen eingegangen wurde.

Direkte und indirekte Ankündigungen des Suizidvorhabens stellte RINGEL (79) bei 85,2 % Suiziden von Männern und 69,6 % Suiziden von Frauen fest, zusammen also 78 %, direkte Suizidäußerungen allerdings nur in 32 %. Die Ankündigung des Suizids durch die männlichen Ärzte Oberbayerns liegen mit 50,7 % und bei den männlichen Zahnärzten mit 36,8 % erheblich unter den Angaben von RINGEL (79). Die Ärztinnen kündigten ihren Suizid allerdings nur 10,3 % weniger häufig an. BLACHLY (7) nennt mit 44 % ein vergleichsweise ähnlich erniedrigtes Vorkommen von Suizidankündigungen von Ärzten und Ärztinnen.

Ein Abschiedsbrief wurde von RINGEL (79) bei 25,9 % Suiziden von Männern und bei 43 % Suiziden von Frauen gefunden. STENGEL (92) gibt Abschiedsbriefe für 24,7 % Suizide von Männern und 50 % Suizide von Frauen an. Die durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzte Oberbayerns haben mit 46,3 % und die männlichen Zahnärzte mit 42,1 % dagegen wesentlich häufiger Abschiedsbriefe hinterlassen, während die Ärztinnen mit 40,7 % gering weniger Abschiedsbriefe schrieben. BLACHLY (7) macht über Abschiedsbriefe von Ärzten keine Angaben.

5.2.3. Persönliche Daten (Diskussion)

Nach FEUERLEIN (37) steigt die Suizidgefährdung mit zunehmendem Alter an. Dies trifft für die oberbayerischen männlichen Ärzte nicht zu. Die Altersverteilung der oberbayerischen männlichen Ärzte in Suizidziffern ist annähernd in allen Altersgruppen mit ca. 65 Suiziden pro 100 000 lebende Ärzte pro Jahr gleich hoch. Das erhöhte Suizidgeschehen ist dabei vor allem auf die Altersgruppen der unter 55 jährigen männlichen Ärzte zurückzuführen.

STEPPACHER (93) stellt das größte Suizidaufkommen in der Altersgruppe der 45 bis 64 jährigen männlichen Ärzte fest, DE HART (21) in der Altersgruppe der 40 bis 55 jährigen männlichen Ärzte und ROSE (82) in allen Altersgruppen der über 45 jährigen männlichen Ärzte.

Im Vergleich der Suizidziffern von männlichen Ärzten zur männlichen Bevölkerung in Form von standardisierten Suizidziffern ergibt sich mit zunehmendem Alter bei den oberbayerischen männlichen Ärzten ein steiler Abstieg von 225 Suiziden in der jüngsten Altersgruppe bis unter 100 Suiziden bei den 55 bis 64 jährigen Ärzten, um dann wieder auf über 125 Suizide anzusteigen. Bei ROSE (82) ergibt sich ein stetiger Anstieg ab 100 Suizide und bei STEPPACHER (93) und DE HART (21) ein buckelförmiger Verlauf, der in den jüngsten und ältesten Altersgruppen unter 100 Suiziden liegt.

Die Suizidziffern der oberbayerischen Ärztinnen zeigen mit zunehmendem Alter einen Anstieg von 11,3 Suiziden bis 171,2 Suiziden pro 100 000 lebende Ärztinnen pro Jahr, der

nur in den Altersgruppen der 45 bis 54 und 55 bis 64 jährigen Ärztinnen annähernd gleich hoch ist. Dieser Verlauf weicht scherenförmig vom zunehmenden Suizidgeschehen der weiblichen Bevölkerung mit dem Alter nach oben hin ab.

Nur STEPPACHER (93) gibt altersspezifische Suizidziffern von Ärztinnen an, wobei die Suizidziffern von Altersgruppe zu Altersgruppe um bis zu 16 Suizide zickzackförmig um die Suizidziffer aller Ärztinnen von 33,6 Suiziden pro 100 000 lebende Ärztinnen pro Jahr schwanken.

Mit jeweils ähnlichem Verlauf weicht auch die standardisierte Suizidziffer vom durchschnittlich 3,2 fachen Suizidgeschehen der Ärztinnen sowohl bei STEPPACHER (93) als auch in der vorgelegten Untersuchung vom Suizidgeschehen der jeweiligen weiblichen Bevölkerung ab.

Bei den Zahnärzten konnten aufgrund fehlender Alterstatistiken der lebenden Zahnärzte weder Suizidziffern der oberbayerischen Zahnärzte errechnet werden, noch fanden sich Suizidziffern in der Literatur. Daher kann das altersspezifische Suizidgeschehen nur in Prozent des altersspezifischen Sterbegeschehens angegeben werden.

Mit zunehmendem Alter sinkt der Suizidanteil von 27,3 % Suiziden vom gesamten Sterbegeschehen der 35 bis 44 jährigen männlichen Zahnärzte Oberbayerns auf 1,0 % bei den über 75 jährigen Zahnärzten ab. Bei den unter 35 jährigen Zahnärzten kamen keine Suizide vor. Gerade aber in dieser Altersgruppe der unter 35 jährigen ist der Suizidanteil in der ober-

bayerischen männlichen Bevölkerung am höchsten. Alle übrigen prozentualen Angaben der oberbayerischen männlichen Zahnärzte liegen bis zum Doppelten in jeder Altersgruppe über dem Suizidgeschehen der männlichen Bevölkerung Oberbayerns.

Die männlichen Zahnärzte aus den US haben entsprechend der Veröffentlichungen des Bureau of Economic Research and Statistics (14,15,16,63) mit Ausnahme der unter 34 jährigen Zahnärzte in allen Altersgruppen ein bis über die Hälfte niedrigeres Suizidgeschehen in Prozent aller verstorbenen Zahnärzte als die männlichen Zahnärzte Oberbayerns.

Der Personenstand der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen konnte dank der auf der Volkszählung von 1961 beruhenden Veröffentlichung KOLLERS (56) über den Personenstand der lebenden Ärzte und Ärztinnen des Bundesgebietes in Suizidziffern angegeben werden. Die prozentuale Aufteilung der lebenden Ärzte und Ärztinnen des Bundesgebietes auf die verschiedenen Personenstände wurde für den Durchschnitt der in Oberbayern lebenden Ärzte und Ärztinnen angewandt.

Die niedrigste Suizidziffer hatten mit 32,1 Suiziden pro 100 000 lebende männliche Ärzte pro Jahr die verheirateten männlichen Ärzte. Alle übrigen Familienstände der durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzte reichten von 290,7 Suiziden bei den getrennt lebenden und verwitweten über 293,0 Suizide bei den ledigen bis zu 347,2 Suiziden bei den geschiedenen männlichen Ärzten.

ROSE (82) gibt als einziger Autor, jedoch nur

für die männlichen Ärzte, ebenfalls Suizidziffern an. Die Reihenfolge ist ohne Angabe der getrennt lebenden Ärzte die gleiche wie bei den oberbayerischen Ärzten. Sie reicht von der Suizidziffer von 52 Suiziden bei den verheirateten über 97 Suizide bei den ledigen und 188 Suizide bei den verwitweten bis zu 662 Suiziden bei den geschiedenen Ärzten aus Kalifornien. Das Verhältnis zur männlichen Bevölkerung Kaliforniens beträgt das 8,1 fache bei den geschiedenen, das 3,1 fache bei den verwitweten, das 2,4 fache bei den ledigen und das 2,1 fache bei den verheirateten. Für die männlichen Ärzte Oberbayerns konnten aufgrund fehlender personenstandsspezifischer Suizidziffern der männlichen Bevölkerung Oberbayerns kein Vergleich mit der Bevölkerung Oberbayerns erstellt werden.

Die niedrigste Suizidziffer von 37,0 Suiziden pro 100 000 lebende Ärztinnen hatten wie die männlichen Ärzte die verheirateten Ärztinnen, gefolgt von 66,7 Suiziden von ledigen Ärztinnen, 97,7 Suiziden von getrennt lebenden Ärztinnen und 128,2 Suiziden von den verwitweten Ärztinnen. Die höchste Suizidziffer von 309,9 Suiziden hatten auch wieder die geschiedenen Ärztinnen.

Personenstandsspezifische Suizidziffern konnten in der Literatur nicht gefunden werden. Für Ärztinnen existieren nur Angaben von STEPPACHER (93) über verheiratete Ärztinnen, von denen 20 % der Altersgruppe der 25 bis 54 jährigen Ärztinnen angehörten, während es bei den oberbayerischen Ärztinnen der selben Altersgruppe 31,3 % waren.

Angaben über die Anzahl der Ehen konnten in der Literatur über den Suizid nicht gefunden werden.

Das Fehlen von Kindern zeigt nach STENGEL (92) eine positive Korrelation zu den Suiziden. Nach Tabelle 54 und 55 von KOLLER (56) haben aber zumindest die lebenden verheirateten Ärzte und Ärztinnen signifikant häufiger im Haushalt lebende Kinder als die verheiratete Bevölkerung ($p < 0,0005$). Folglich dürften also verheiratete Ärzte und Ärztinnen kein erhöhtes Suizidgeschehen aufweisen.

Vergleicht man aber nun die Anzahl der verheirateten durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen mit der Anzahl der verheirateten lebenden Ärzte und Ärztinnen, so ergibt sich, daß signifikant häufiger verheiratete männliche Ärzte ($p < 0,0005$) und Ärztinnen ($p < 0,005$) Suizide begingen, die keine Kinder hatten als man anhand des Anteils der verheirateten lebenden Ärzte und Ärztinnen erwartet hätte. Dieses Ergebnis trifft auch auf alle durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen ohne Berücksichtigung des Familienstandes zu. Bei den durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzten kamen in 24,2 % und bei den Ärztinnen in 15 % im Haushalt lebende Kinder vor, während bei 75,8 % männlichen Ärzten und 85 % Ärztinnen keine Kinder im Haushalt lebten.

Bisher wurde nur besprochen, inwieweit zum Suizidzeitpunkt noch Kinder im Haushalt lebten. Es stellt sich aber auch die Frage, ob unabhängig von im Haushalt lebenden Kindern das Vorhandensein von eigenen Kindern einen Einfluß auf die

Höhe des Suizidgeschehens von Ärzten hat.

39 % männliche Ärzte, 59 % Ärztinnen, 37 % männliche Zahnärzte und 17 % Zahnärztinnen, die in Oberbayern durch Suizid verstarben, hatten keine eigenen Kinder. BLACHLY (7) gibt 24 % kinderlose Ärzte und Ärztinnen an, die Suizid beginnen. Bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten und Ärztinnen aus Oberbayern waren es dagegen mit insgesamt 44,7 % nahezu doppelt so viele. Die Ursache des großen Unterschiedes könnte darin liegen, daß BLACHLY (7) zur Erhebung dieser Daten Angehörige finden mußte, was zu einer positiven Selektion von verheirateten und zu einer negativen Selektion von ledigen Ärzten geführt haben könnte. Bei mehr durch Suizid verstorbenen verheirateten Ärzten kommen dann natürlich auch häufiger Kinder vor als bei ledigen.

Die Religionszugehörigkeit ergibt für die evangelische Glaubenszugehörigkeit nach DUBLIN (25) ein gegenüber der katholischen Konfession erhöhtes Suizidgeschehen. Dies trifft jedoch überwiegend nur innerhalb eines Landes zu. PÖLDINGER (72) fand unter 22 Suiziden von Männern 55 % evangelische und 39 % katholische Männer. Bei den Frauen lag der Anteil ähnlich hoch.

Für einen Vergleich in Suizidziffern fehlen Unterlagen für die lebende Bevölkerung Oberbayerns. Ein prozentualer Vergleich der Konfessionszugehörigkeit der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit der Bevölkerung ist jedoch möglich, allerdings nur ohne Berücksichtigung des Geschlechts

und nur für die katholische und evangelische Konfession.

Katholische Ärzte und Zahnärzte aus Oberbayern begehen seltener Suizid, ebenso die evangelischen Zahnärzte, nur die evangelischen Ärzte begehen häufiger Suizide als die evangelische Bevölkerung.

Der Anteil der durch Suizid verstorbenen bekenntnislosen Ärzte und Ärztinnen liegt in Oberbayern bei 12 %, während BLACHLY (7) 16 % bekenntnislose Ärzte und Ärztinnen fand. WELNER (105) konnte bei 18 % von 111 lebenden Ärztinnen atheistic Überzeugungen feststellen, wovon 14 % Depressionen hatten und 4 % psychisch gesund waren. Das hohe Suizidgeschehen von Ärzten und Ärztinnen scheint also mitbedingt zu sein durch mangelnde Bindungsfähigkeit an Glaubensgemeinschaften und einer Überbewertung materieller Dinge. Ein Kirchenaustritt wird z.B. durch eine ca. zehnprozentige Steuerersparnis honoriert.

Der Geburtsort kann für die durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen in Prozent aller verstorbenen Ärzte und Ärztinnen der gleichen Herkunftsregion verglichen werden. Einheimische Ärzte und Ärztinnen versterben weniger häufig durch Suizid als man dies anhand aller verstorbenen einheimischen Ärzte und Ärztinnen erwartet hätte. Unter Einheimische werden nur in Oberbayern geborene Ärzte und Ärztinnen verstanden. Die Angaben von BLACHLY (7) sind leider nicht vergleichbar, da die regionale Grenzziehung von BLACHLY nicht angegeben wird.

Über Vorstrafen konnten in Bezug auf das Suizid-
geschehen keine Angaben gefunden werden. Als Motiv für den
Suizidversuch jedoch geht BÖCKER (8) auf Straftaten ein und
stellt fest, daß Straftaten in 6,1 % der Suizidversuche von
Männern und ca. 2 % der Suizidversuche von Frauen ein Suizid-
motiv darstellen.

Für die männlichen Ärzte Oberbayerns waren in
4,5 % kriminalpolizeiliche Ermittlungen mit ein Anlaß für den
Suizid und bei den Ärztinnen in 3,7 %.

5.2.4. Familiäre Daten (Diskussion)

Die soziale Herkunft kann nur anhand des Berufs
des Vaters im Vergleich zum Beruf der durch Suizid verstorbenen
Ärzte und Zahnärzte angegeben werden. Dieser Vergleich erlaubt
eine Aussage über die intergenerationale Berufsmobilität. Für
die Gesamtbetrachtung der Berufsmobilität wäre noch nach Ar-
beitsplatzveränderungen und Veränderungen des Einkommens zu
suchen.

Nach BRAUN (10) lautet die Ausgangshypothese, daß
abwärtsmobile Personen häufiger Suizide begehen. Für die in-
tergenerationale Berufsmobilität trifft dies primär für keinen
Arzt oder Zahnarzt zu. Ca. 2/3 aller Ärzte, Ärztinnen und Zahn-
ärztinnen gehörten der gleichen Schicht wie ihre Väter an, 1/3
aller durch Suizid verstorbenen Ärzte, Zahnärzte und Zahnärz-
tinnen waren sogar Aufsteiger. Sekundär ergibt sich jedoch bei
einigen wenigen Ärzten und Ärztinnen eine Abwärtsmobilität.

Gemeint sind damit die beiden als Hilfsarbeiter tätigen Ärzte und eventuell noch die seit Jahren berufslosen Ärztinnen. Inwieweit man die Vertretertätigkeit für eine Pharmafirma als Abwärtsmobilität bezeichnen kann, ist eine reine Definitionsfrage.

Hinsichtlich der Arbeitsplatzmobilität ist die Frage der Abwärtsmobilität für die Mehrzahl der Ärzte und Ärztinnen zu bejahen (Kündigung, Ortswechsel, Pensionierung usw.). Das gleiche gilt für die Einkommensverluste, die als Folge von Sucht, somatischen und psychischen Erkrankungen, Kündigung, Arbeitslosigkeit, Pensionierung, Praxisortwechsel usw. zwar nicht explicit untersucht wurden aber zweifellos auf die genannten Ereignisse folgten.

Der Beruf des letzten Ehepartners der zum Suizidzeitpunkt noch verheirateten Ärzte und Ärztinnen unterscheidet sich nur unwesentlich von den Angaben KOLLERS (56) über die Ausbildung des Ehepartners der lebenden Ärzte und Ärztinnen.

9 % durch Suizid verstorbene verheiratete Ärzte hatten eine Ärztin zur Frau, während es bei den lebenden verheirateten Ärzten 11 % waren, die eine Ärztin zur Frau hatten. Bei den lebenden verheirateten Ärztinnen liegt der Anteil bei 58,4 %, die mit einem Arzt verheiratet sind. Die durch Suizid verstorbenen Ärztinnen hatten zu 55,6 % einen Arzt als Mann.

Dieses gleiche Ergebnis zwischen lebenden und durch Suizid verstorbenen Ärzten und Ärztinnen trifft auch auf alle übrigen Ausbildungsgänge des Ehepartners zu, wie z.B. eine andere Hochschulausbildung, Fachschule und andere Schule.

Über die Art des Berufs des letzten Ehepartners aber auch des Vaters konnten in der Literatur über den Suizid keine Angaben gefunden werden. Daß 10 von 27 durch Suizid verstorbenen Ärztinnen aus Oberbayern (37,0 %) entweder in ihrer Kindheit oder als Ehefrau in einem Haushalt mit einem Juristen lebten, kann kaum noch als zufällig bezeichnet werden.

Das Alter des Ehepartners zeigt vor allem Auffälligkeiten bei den männlichen Ärzten. 8 von 39 verheirateten männlichen Ärzten (20,5 %) hatten zum Zeitpunkt des Suizids eine Ehefrau, die mindestens 10 Jahre jünger war. Der Durchschnitt der Altersunterschiede betrug dabei 18,6 Jahre (10 bis 28 Jahre). Dieses Ergebnis unterscheidet sich dabei mit 20,5 % kaum von den lebenden Ärzten, die nach KOLLER (56) in 19,2 % Ehefrauen haben, die mindestens 10 Jahre jünger sind. In der lebenden Bevölkerung sind dagegen nach KOLLER nur 9,4 % verheiratete Männer zu verzeichnen, die über 10 Jahre jüngere Ehefrauen haben.

Bei den zum Zeitpunkt des Suizids verheirateten Ärztinnen hätte man nach den Angaben von KOLLER über die lebenden Ärztinnen erwartet, daß ca. 1/3 (29,3 %) einen jüngeren Ehemann gehabt hätte; tatsächlich hatten 8 von 9 durch Suizid verstorbenen verheirateten Ärztinnen aber einen älteren Mann. Das Alter eines Ehemannes konnte nicht ermittelt werden.

Das Alter der Kinder wird von BLACHLY (7) in 3 Gruppen eingeteilt. Nach BLACHLY hatten 40 % Ärzte minderjährige Kinder, 21 % hatten erwachsene Kinder und 15 % der durch

Suizid verstorbenen Ärzte hatten sowohl minderjährige als auch erwachsene Kinder. Die Altersgrenze zwischen minderjährigen und erwachsenen Kindern gibt BLACHLY nicht bekannt.

Die oberbayerischen Ärzte einschließlich der Ärztinnen hatten in 22,3 % minderjährige Kinder im Alter unter 18 Jahren, in 23,4 % erwachsene Kinder und in 8,5 % sowohl minderjährige als auch erwachsene Kinder. Die oberbayerischen durch Suizid verstorbenen Ärzte hatten folglich nahezu halb so häufig minderjährige Kinder als man nach den Angaben von BLACHLY erwartet hätte.

5.2.5. Beruflicher Werdegang (Diskussion)

Über den beruflichen Werdegang der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte konnten keine Literaturangaben gefunden werden mit Ausnahme des anerkannten Fachgebiets.

Die Häufigkeit von Suiziden nach den Fachgebieten der durch Suizid verstorbenen oberbayerischen Ärzte und Ärztinnen lassen sich aufgrund der niedrigen Fallzahlen in keine vernünftige Reihenfolge bringen. Eine Berechnung der Suizidziffern bezogen auf die Fachgebiete ist ebenfalls nicht möglich, da eine Statistik über die Fachgebietsbezeichnungen der lebenden Ärzte nur für die berufstätigen Ärzte vorhanden ist.

Bezogen auf alle verstorbenen männlichen Ärzte ergibt sich, daß ca. 50 % mehr männliche Ärzte ohne Fachgebietsbezeichnung als mit Fachgebietsbezeichnung durch Suizid verstorben sind ($p < 0,025$), während es bei den Ärztinnen annähernd gleich viele sind.

BLACHLY (7), CRAIG (18), PITTS (71) und DE SOLE (22) geben die höchste Suizidziffer für Psychiater an. Die niedrigste Suizidziffer wird von BLACHLY, CRAIG und DE SOLE für die Pädiater angegeben, während PITTS die Pathologen und die Gynäkologen an letzter Stelle nennt.

Bei den oberbayerischen durch Suizid verstorbenen Ärzten und Ärztinnen fanden sich insgesamt 12 Ärzte und Ärztinnen, die dem psychiatrischen Fachgebiet zugezählt werden können (Psychiater, Nervenfachärzte, Psychotherapeuten usw.).

5.2.6. Berufliche Tätigkeit (Diskussion)

Über die Art der Berufstätigkeit konnten für die durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte hinsichtlich einer berufsfremden Tätigkeit, Ruhestand, Zeit zwischen Eintritt in den Ruhestand und dem Suizid, Krankenstand, Arbeitslosigkeit, niedergelassene Ärzte und Klinikärzte keine Angaben in der Literatur über den Suizid gefunden werden.

Mit Hilfe der Angaben KOLLERS (56) über die Art der Berufstätigkeit der lebenden Ärzte und Ärztinnen in Oberbayern im Jahre 1961 ist jedoch neben der Berechnung der Suizidziffer der ärztlich tätigen Ärzte auch die Berechnung der Suizidziffer der berufsfremd tätigen und nicht erwerbstätigen Ärzte und Ärztinnen ermöglicht worden.

Die niedrigsten Suizidziffern weisen mit 45,9 Suiziden bzw. 37,9 Suiziden die ärztlich tätigen Ärzte bzw. Ärztinnen Oberbayerns auf. Die höchsten Suizidziffern von 189,8

Suiziden bzw. 130,4 Suiziden sind bei den nicht erwerbstätigen Ärzten bzw. Ärztinnen Oberbayerns zu finden. Zwischen diesen beiden Gruppen liegen die berufsfremd tätigen Ärzte mit einer Suizidziffer von 142,0 Suiziden und die berufsfremd tätigen Ärztinnen mit einer Suizidziffer von 88,9 Suiziden.

Die Suizidziffer der ärztlich tätigen männlichen Ärzte Oberbayerns kann mit der Suizidziffer der ärztlich tätigen männlichen Ärzte der BRD für das Jahr 1955 (91) verglichen werden. Es ist jedoch zu berücksichtigen, daß in der Suizidziffer der ärztlich tätigen Ärzte der BRD die Suizide der über 65 jährigen noch ärztlich tätigen männlichen Ärzte nicht enthalten sind. Diese Suizidziffer von 48,0 Suiziden bei den ärztlich tätigen männlichen Ärzte aus der BRD im Jahre 1955 unterscheidet sich kaum von der Suizidziffer von 45,9 Suiziden bei den ärztlich tätigen männlichen Ärzte Oberbayerns aus den Jahren von 1963 bis 1978.

Die Anzahl der Jahre nach dem Examen bis zum Suizid stimmen bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten und Ärztinnen Oberbayerns weitestgehend mit den Ergebnissen von BLACHLY (7) überein. Die nachfolgend in Klammern angegebenen Prozente entsprechen den Ergebnissen BLACHLYS. 7,5 % (9,3 %) aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen Oberbayerns verstarben innerhalb von 3 Jahren nach dem Examen durch Suizid. Zwischen dem 4. und 7. Jahr nach dem Examen waren es 9,0 % (6,7 %), zwischen dem 8. und 21. Jahr waren es 35,8 % (37,3 %) und 46,3 % (45,3 %) verstarben 21 Jahre und später nach dem Examen durch Suizid.

5.2.7. Erkrankungen (Diskussion)

Somatische Erkrankungen werden immer wieder in der Literatur als Ursachen für den Suizid genannt.

STENGEL (92) vermutet, daß das hohe Suizidgeschehen von Ärzten unter anderem auch darauf zurückzuführen sei, daß Ärzte eine genauere Kenntnis von Krankheiten und deren Verlauf hätten. Für die Verhältnisse in der Bevölkerung Londons zitiert STENGEL (92) SAINSBURY, der angibt, daß 18 % Suiziden als Hauptfaktor eine physische Krankheit zugrunde gelegen habe.

Eine vermutlich tödlich verlaufende Erkrankung konnte dagegen nur bei 11,9 % männlichen Ärzten aus Oberbayern festgestellt werden. BLACHLY (7) gibt für die durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen sogar nur 2,5 % verhängnisvolle tödliche Erkrankungen an und nennt dann weitere 8,8 % ernste Erkrankungen.

Da all diese Einteilungen in Schweregrade nirgendwo standardisiert sind, ist es sicherlich besser, die gefundenen Erkrankungen aufzulisten, wie dies z.B. von RINGEL (79) gehandhabt wird. Dies sagt aber immer noch nichts über die subjektive Einstellung des Suizidenten zu seiner Krankheit aus. Unbedeutende Erkrankungen werden zum Teil sehr ernst genommen und kommen auch als Anlaß für den Suizid vor, wie dies speziell bei hypochondrisch veranlagten Menschen der Fall sein kann, vor allem aber auch bei solchen Menschen, die unter einer Carcinophobie leiden. RINGEL (79) meint hierzu, daß die Annahme kein Fehlschluß sei, daß die melancholische Angst vor Krebs nicht viel weniger Suizide verursache als tatsächliche Krebserkran-

kungen. Bei 5 durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzten aus Oberbayern lag eine Carcinophobie vor.

Der Suizid wird nach DUBLIN (25) zwischen 20 % und 100 % von Personen begangen, die an psychischen Erkrankungen leiden. In der Frage nach dem Anteil der psychischen Erkrankungen bei Suiziden ist eher RINGEL (79) zuzustimmen, daß man nicht von einem physiologischen Suizid sprechen könne. Konsequenterweise fand RINGEL bei 50 Personen, die einen Suizid begingen, nicht einen einzigen Menschen, der als psychisch gesund bezeichnet werden konnte. Dieses Ergebnis von RINGEL trifft sowohl für die durch Suizid verstorbenen Ärzte aus der Untersuchung BLACHLY'S (7) zu, als auch auf die oberbayerischen durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte.

Die Einteilung von psychischen Erkrankungen, die beim Suizidenten vorliegen, ist jedoch mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Wahrscheinlich deshalb wird nach STENGEL (92) von vielen Klinikern besonderer Wert auf die alleinige Unterscheidung zwischen psychotischem und nicht-psychotischem Suizid gelegt. Hinter dieser Einteilung verbirgt sich vermutlich die Absicht, eine Ursache für den Suizid nennen zu wollen. Für Psychosen, vor allem aus dem manisch-depressiven Formenkreis, wird folglich die Ursache des Suizids in der Psychose selbst gesehen.

Bei 11,9 % Ärzten, 33,3 % Ärztinnen und 5,3 % männlichen Zahnärzten, die in Oberbayern durch Suizid verstarben, lag eine Psychose vor. Der Anteil der paranoid und/oder halluzinatorischen Psychosen lag bei den Ärzten und Ärztinnen höher als der Anteil der Psychosen aus dem manisch-depressiven

Formenkreis. RINGEL (79) gibt vergleichsweise 34 % Psychosen an, wobei 28 % auf die Melancholie und 6 % auf andere Psychosen entfallen. LESTER (57) fand ebenfalls in 1/3 der Suizide Psychosen, wovon 1/4 auf die Melancholie entfielen.

Die übrigen psychischen Erkrankungen der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte sind mit weiteren Literaturangaben nicht vergleichbar, da es zu unterschiedliche Einteilungen und zu unterschiedliche Zuordnungen gibt.

In allen herangezogenen Veröffentlichungen über den Suizid von Ärzten wurde das hohe Suizidgeschehen der Ärzte mit dem häufigen Auftreten von psychischen Erkrankungen bei Ärzten in Zusammenhang gebracht. Diese Aussage, daß psychische Erkrankungen bei Ärzten häufiger auftreten als in der Bevölkerung, ist bisher unbestätigt.

Für lebende Ärztinnen konnte WELNER (105) jedoch herausfinden, daß 57 % Ärztinnen psychische Störungen aufwiesen. Dieses Ergebnis beruht auf 111 Interviews von allen 141 Ärztinnen des Gebiets von St. Louis. Weitere 27 Interviews von Ärztinnen wurden von WELNER nicht ausgewertet, da diese einer anderen Rasse als der weißen angehörten. Im Vergleich zu den 57 % Ärztinnen mit psychischen Störungen gaben die PhDs mit 42 % signifikant weniger derartige Störungen an. 57 Ärztinnen (51,4 %) litten an Depressionen, davon 24 (42 %) zum Zeitpunkt des Interviews. Von den an Depressionen leidenden Ärztinnen befanden sich 7 % bereits in stationärer nervenärztlicher Behandlung, 32 % in ambulanter nervenärztlicher Behandlung und 19 % behandelten ihre psychischen Störungen selbst. Die verheirateten und ledigen psychisch kranken Ärztinnen unterbrachen ihre Karriere signifi-

kant häufiger als die gesunden Ärztinnen. 16 von 22 in der Psychiatrie tätige Ärztinnen hatten Depressionen.

Diese Studie von WELNER (105) ist wesentlich aussagekräftiger als die folgende prozentuale Auflistung von psychischen Erkrankungen von nervenärztlich stationär bzw. ambulant behandelten Ärzten. Beide Erhebungsmethoden lassen jedoch keinen Vergleich mit der Bevölkerung zu.

MURRAY (65) gibt einen Überblick über die prozentuale Aufteilung von psychischen Erkrankungen bei Ärzten anhand von Untersuchungen von DUFFY, A'BROOK, VINCENT, POND, SMALL, FRANKLIN und JONES. Affektive Psychosen kommen danach vor in durchschnittlich 24 % (14 % bis 40 %), Neurosen in durchschnittlich 26 % (14 % bis 52 %), Persönlichkeitsstörungen in durchschnittlich 6 % (3 % bis 13 %), Schizophrenien in durchschnittlich 13 % (2 % bis 52 %) und organisch bedingte Psychosen in durchschnittlich 6 % (1 % bis 9 %).

Persönlichkeitsstörungen waren bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten, Ärztinnen und Zahnärzten aus Oberbayern ca. doppelt so häufig zu finden, als man dies anhand der genannten Durchschnittswerte erwartet hätte. Die Tatsache, daß die Mehrzahl der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte mit einer Charakterneurose auch chronisch alkoholabhängig waren, stimmt mit der Beobachtung RINGELS (78) überein, der bei 23 Suizidversuchen von chronischen Alkoholikern in 19 Fällen eine Psychopathie vorfand.

Affektive Psychosen kamen bei den durch Suizid verstorbenen oberbayerischen Ärzten und Zahnärzten und Neurosen bei den Ärztinnen und Zahnärzten wesentlich seltener vor als Per-

sönlichkeitsstörungen.

Die Untersuchungen von A`BROOK (1), FRANKLIN (38), JONES (52) und VINCENT (100) lassen einen Vergleich der psychischen Erkrankungen von hospitalisierten Ärzten mit den psychischen Erkrankungen von allen hospitalisierten Patienten der selben Kliniken zu. FRANKLIN (38), JONES (52) und VINCENT (100) konnten bei Ärzten häufiger affektive Psychosen feststellen, A`BROOK (1) dagegen seltener, als bei den übrigen Patienten. Neurosen wurden von JONES (52) und VINCENT (100) und organisch bedingte Psychosen von FRANKLIN (38) und VINCENT (100) häufiger als bei den anderen Patienten gefunden. Schizophrenien werden nur von VINCENT (100) und Persönlichkeitsstörungen nur von FRANKLIN (38) bei Ärzten häufiger gefunden.

Aus diesen Ergebnissen läßt sich also keinesfalls der Schluß ziehen, daß Suizide von Ärzten darauf zurückzuführen seien, daß bei den Ärzten häufiger psychische Erkrankungen aufträten als in der Bevölkerung. Auch der Anteil von Ärzten im Vergleich zu allen übrigen Patienten gibt keinen Aufschluß über die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Ärzten.

Nach RINGEL (81) gehen vollendeten Suiziden in 30 % frühere Suizidversuche voraus. RINGEL selbst fand bei 50 vollendeten Suiziden 28 % frühere Suizidversuche (79). Dabei entfielen auf die Männer 26 % und auf die Frauen 30,4 %.

Bei den Suiziden von den oberbayerischen Ärzten gingen in 38,8 % Suizidversuche voraus, bei den Ärztinnen und Zahnärztinnen sogar bei der Hälfte. Nur bei den männlichen Zahnärzten konnten nur 15,8 % Suizidversuche gefunden werden. In 20

aller 45 Fälle von vorausgegangenen Suizidversuchen konnten sogar 2 und mehr vorausgegangene Suizidversuche pro Person gefunden werden.

BLACHLY (7) gibt zusammen für die 77 Ärzte und 3 Ärztinnen mit 38,8 % den gleichen Anteil an, wie er bei den oberbayerischen männlichen Ärzten festgestellt werden konnte.

Selbstmordhandlungen sind nach FEUERLEIN (36) bei Süchtigen wesentlich häufiger als bei der Normalbevölkerung anzutreffen.

Der Anteil der Alkoholiker bei Suizidhandlungen in der Bevölkerung liegt nach einer Sammelstatistik von BONK (9) zwischen 4,0 % (GRUHLE) und 47,6 % (HELLER). Der Durchschnitt aus allen 21 Ergebnissen dieser Sammelstatistik beträgt 17,6 %. Aus 3 Untersuchungen von STENBÄCK, ROBINS et al und SZUCHOVSKY, die eine Verteilung nach Geschlechtern vornehmen, läßt sich nach den Angaben von BONK (9) ein durchschnittlicher Anteil von 31,5 % männlichen Alkoholikern (18,2 % bis 50,0 %) und 12 % Alkoholikerinnen (6,9 % bis 16,1 %) von allen Suiziden errechnen.

Da mit 26,9 % weniger männliche Ärzte, die in Oberbayern Suizide begingen, alkoholabhängig waren als in der männlichen Bevölkerung mit durchschnittlich 31,5 %, scheint der Alkoholismus alleine nicht für das hohe Suizidgeschehen der männlichen Ärzte Oberbayerns verantwortlich zu sein. Diese Aussage trifft auch für die männlichen Zahnärzte mit 26,3 % zu, nicht jedoch für die Ärztinnen und Zahnärztinnen. Bei diesen konnten mit 25,9 % Suiziden von Ärztinnen und 33,3 % Suiziden von Zahnärztinnen ein doppelt so hoher Anteil von Alkoholabhängigen ge-

funden werden wie in der weiblichen Bevölkerung mit durchschnittlich 12 %.

BLACHLY (7) gibt an, daß 39 % der Suizide von Ärzten und Ärztinnen auf alkoholranke Ärzte und Ärztinnen entfielen.

Eine größere Rolle für das hohe Suizidgeschehen von Ärzten und Ärztinnen als der Alkoholismus spielt die Medikamentenabhängigkeit. Diesen Zusammenhang konnte bisher für Ärzte erst BLACHLY (7) nachweisen, der bei 65 % aller Suizide von Ärzten und Ärztinnen eine Drogenabhängigkeit fand. Alle anderen Autoren, die sich mit den Suiziden von Ärzten beschäftigten, nahmen entweder auf BLACHLY bezug, oder sie begründeten das hohe Suizidgeschehen von Ärzten mit Untersuchungen über die Drogensucht von lebenden Ärzten.

MODLIN (62) nennt Angaben von FOX und WINNICK, die ein 30 bis 100 fach häufigeres Suchtgeschehen bei Ärzten als in der Bevölkerung schätzen. Weiter gibt MODLIN (62) Ergebnisse aus verschiedenen Ländern an, in denen der Anteil der Ärzte an allen Süchtigen bei ca. 15 % liegt.

Nach der Literaturübersicht von MURRAY (65) entfallen durchschnittlich 16,8 % (5 % bis 30 %) aller nervenärztlich stationär oder ambulant behandelten Ärzte auf die drogenabhängigen Ärzte. Der Anteil der alkoholabhängigen Ärzte liegt mit 15,7 % (5 % bis 27 %) sogar noch darunter.

Aus den Angaben von A'BROOK (1), FRANKLIN (38), JONES (52) und VINCENT (100), die Vergleiche mit allen anderen Patienten durchführten, errechnen sich durchschnittlich 13,9 % drogensüchtige Ärzte (7,0 % bis 26,5 %); während in der Kon-

trollgruppe durchschnittlich nur 1,3 % drogensüchtig waren. Bei den alkoholabhängigen Ärzten waren es durchschnittlich 17,1 % (5 % bis 31 %) im Vergleich zu durchschnittlich 37,2 % (4,5 % bis 60,6 %) in der Kontrollgruppe.

Diese Übersicht zeigte deutlich, daß das Drogenproblem eine größere Rolle als die Alkoholabhängigkeit bei den Ärzten spielt. Auch bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten und Ärztinnen aus Oberbayern konnte eine Drogenabhängigkeit häufiger als ein Alkoholismus erhoben werden. Die durch Suizid verstorbenen Ärzte, Ärztinnen und Zahnärztinnen waren in ca. 1/3 aller Fälle medikamentenabhängig und in ca. 1/4 aller Fälle alkoholabhängig. Die männlichen Zahnärzte waren zu je 1/4 drogensüchtig und alkoholabhängig.

Insgesamt konnte ein Anteil von 46,6 % süchtigen Ärzten, 40,7 % süchtigen Ärztinnen, 42,1 % süchtigen Zahnärzten und 33,3 % süchtigen Zahnärztinnen gefunden werden. Von allen 119 Suiziden lag bei 9,2 % eine Betäubungsmittelsucht entweder zur Tatzeit oder im früheren Leben vor.

Die Koinzidenz der beiden Variablen "hohe Medikamentensucht" und "hohes Suizidgeschehen", die hier im Individualfall sowohl bei Ärzten, Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen nachgewiesen werden konnte, wirft hier erneut die Frage auf, ob Sucht und Suizid Symptom ein und derselben Erkrankung sind (common-cause-interpretation) oder ob die Sucht als spezifische Erkrankung zum Suizid führt (processual-cause-interpretation). Nach BRINKMANN (11) neigt die Mehrzahl der Suizidologen zur common-cause-interpretation, die letztendlich auf die Aussage MENNINGERS (60) zurückzuführen ist, daß die Sucht

ein chronisch verlaufender Suizid sei und daß der Suizid einen rasch verlaufenden punktuellen Abschluß der Sucht bilde.

Geht man von der Gültigkeit der common- cause-interpretation aus, dann stellt sich die Frage, warum ausgerechnet Ärzte und Zahnärzte so häufig süchtig werden? Obwohl die Beantwortung dieser Frage im Hinblick auf die Erklärung des hohen Suizidgeschehens von Ärzten im Rahmen dieser Untersuchung wünschenswert wäre, kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse kein beweisbarer Beitrag zur Beantwortung dieser Frage beigesteuert werden. Allenfalls ist erwähnenswert und überlegenswert, daß nicht nur der Suizid sondern auch der Suchtbeginn bei einer Reihe von Ärzten und Ärztinnen auf den Verlust eines geliebten Menschen hin erfolgte.

5.2.8. Psychiatrische Behandlung (Diskussion)

Die häufig zu findende Vermutung, daß der Suizid bei Ärzten so hoch sei, weil sie mit ihren psychischen Beschwerden keinen Arzt aufsuchen würden, sondern sich lieber selbst oder gar nicht behandeln würden, trifft für die durch Suizid verstorbenen Ärzte Oberbayerns nicht zu. 14,3 % aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte aus Oberbayern befanden sich zum Zeitpunkt des Suizids in psychiatrischer Behandlung, auf die Ärzte und Ärztinnen zusammen entfallen 13,8 %.

BLACHLY (7) fand mit 26 % nahezu doppelt so viele Ärzte und Ärztinnen, die sich vor ihrem Suizid in psychiatrischer Behandlung befanden.

Bezieht man die psychiatrischen Behandlungen der oberbayerischen Ärzte und Ärztinnen, die bis zu einem Monat vor dem Suizid stattgefunden haben, mit ein, so nähert sich das Ergebnis mit 20,2 % schon wesentlich näher dem Ergebnis von BLACHLY mit 26 %.

Insgesamt nennt BLACHLY 64 % Ärzte und Ärztinnen, die sich zu irgend einem Zeitpunkt ihres Lebens in psychiatrischer Behandlung befanden. Von diesem Ergebnis von BLACHLY weichen die oberbayerischen Ärzte und Ärztinnen, die durch Suizid verstarben, mit zusammen 59,6 % kaum ab. Von allen 119 durch Suizid verstorbenen Ärzten und Zahnärzten in Oberbayern waren es 56,3 %, die sich im Laufe ihres Lebens in psychiatrischer Behandlung befanden, und 41,2 % waren bereits schon in stationärer nervenärztlicher Behandlung.

5.2.9. Arztkontakt vor dem Suizid (Diskussion)

MURPHY, zitiert nach FEUERLEIN (35) nennt 50 % Selbstmörder, die im Laufe des letzten Monats vor ihrem suizidalen Akt einen Arzt aufgesucht haben. Aus den Angaben von RINGEL (79) lassen sich 40,7 % Männer und 61,6 % Frauen errechnen, die in den letzten Monaten vor ihrem Suizid einen Arztkontakt aufwiesen.

Unter Einbeziehung jeglichen Arztkontaktes, jedoch überwiegend in der Rolle als Patient, aber auch als Ehepartner, Freund, Kollege, Verwandter, Bekannter usw., hatten innerhalb der letzten Woche vor dem Suizid 55,2 % Ärzte und 37 % Ärztin-

nen aus Oberbayern Kontakt zu einem Arzt. Das Tragische hieran ist, daß die Suizidalität nahezu immer erkannt wurde, jedoch entweder keine oder nur völlig ungeeignete Maßnahmen, selbst von Nervenfachärzten, ergriffen wurden. Von der Beruhigung oder einem Hilfsangebot über Tadel bis zur Androhung von Maßnahmen und insuffizienter Einleitung von Maßnahmen kommen eine Vielzahl von untauglichen Behandlungsversuchen vor. Beispielsweise wurden von den behandelnden Ärzten sinngemäß folgende Äußerungen getätigt: "Nehmen Sie es nicht so tragisch", "Das hat doch keinen Sinn, was Sie da vorhaben", "Ich gebe Ihnen nochmals eine Beruhigungsspritze", "Das dürfen Sie nicht tun", "Rufen Sie mich an, wenn Sie heute Nacht wieder an Selbstmord denken", "Ich melde Sie für morgen in der Nervenklinik an" usw.. Die zureichernde Maßnahme einer sofortigen Einweisung in eine Nervenklinik unterblieb jedoch in allen 50 Fällen, in denen ein Arztkontakt stattfand.

Dieses Phänomen wurde bereits von RINGEL (79) beschrieben, der die Ursache hierfür in einer falschen Einschätzung der Suizidalität oder in Unwissenheit oder in Vorurteilen gegenüber der Psychiatrie von seiten der behandelnden Ärzte sieht.

Für die insuffiziente Behandlung von suizidalen Ärzten scheinen aber noch andere Gründe eine Rolle zu spielen, die sogar eine von vielen Erklärungsmöglichkeiten des erhöhten Suizidgeschehens bei Ärzten zulassen könnten. Die Tatsache, daß wesentlich mehr Ärzte und Ärztinnen kurz vor ihrem Suizid mit einem Arzt über ihre Suizidgedanken sprachen als die durch Suizid verstorbene Bevölkerung und dennoch mehr Ärzte durch Suizid

versterben als andere Bevölkerungsteile, zeigt auf, daß neben soziologischen und psychologischen Ursachen auch die Art der Behandlung durch Ärzte einen entscheidenden Einfluß auf die Höhe des Suizidgeschehens gewinnen kann. Ist die Art der Behandlungsmaßnahmen von Suizidalen gegenüber verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich, so ist es nicht verwunderlich, wenn die Höhe des Suizidgeschehens bei den insuffizient behandelten Gruppen höher ist als bei den effizient behandelten Gruppen. Ohne auch nur irgend einem behandelnden Arzt einen Vorwurf machen zu wollen, sollen hier die verschiedenen mutmaßlichen Ursachen der unterschiedlichen Behandlung von Kollegen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung diskutiert werden. In Betracht kommen hier speziell bei suizidalen Ärzten folgende gut gemeinten aber fatal endenden Behandlungsversuche, die zum Teil auch das erhöhte Suizidgeschehen in den oberen Schichten erklären könnten:

So scheinen beim behandelnden Arzt erhebliche Hemmungen zu bestehen, einen suizidalen Kollegen, notfalls auch gegen seinen Willen, einer psychiatrischen Behandlung in einer geschlossenen Nervenklinik zuzuführen. Diese Hemmungen könnten darauf beruhen, daß sich der behandelnde Arzt eher in der Rolle eines um Rat aufgesuchten Kollegen als in der Rolle eines mit Sachautorität behandelnden Arztes sieht. Zwangsläufig wird dann dem suizidalen Arzt die Entscheidung über die Art der Behandlung überlassen. Der behandelnde Arzt will vielleicht gar nicht wahrhaben, daß der suizidale Arzt hierzu kaum mehr in der Lage ist, da man durch dessen psychische Störungen entweder an seine eigene psychische Verfassung erinnert wird oder daran, daß es

einmal bei sich selbst so weit sein könnte. Seine eigenen Schwierigkeiten hat man selbst noch im Griff, so daß man glaubt, daß sie der suizidale Arzt wohl auch selber wieder in den Griff bekommt.

Damit soll nicht gesagt werden, daß sich die behandelnden Ärzte nicht um den suizidalen Kollegen bemüht hätten. Es wurden sehr häufig lange Gespräche geführt. Vielleicht aber auch deswegen waren die behandelnden Ärzte der Überzeugung, alles getan zu haben. Im guten Glauben an eine effiziente Behandlung haben dann die behandelnden Ärzte auf die Durchsetzung eines vielleicht zu Beginn noch in Betracht kommenden Nervenklinikaufenthaltes verzichtet. Hinzu kommt in einigen Fällen sicher noch, daß es sogar als Aufgabe betrachtet wurde und aller Ehrgeiz daran gesetzt wurde, einem Kollegen die "Zumutung" einer auch eventuell freiwilligen psychiatrischen Behandlung in einer geschlossenen Nervenklinik so lange wie nur irgendwie möglich zu ersparen.

Der hohe Anteil von 41,2 % aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte, die sich bereits einmal in einer stationären psychiatrischen Behandlung befanden, würde eigentlich eher dagegen sprechen, jedoch handelte es sich bei diesen überwiegend um süchtige Ärzte. Bei diesen wurde in der Regel nicht so lange mit einer stationären nervenärztlichen Behandlung gezögert, während die Verhinderung eines Nervenklinikaufenthalts vor allem bei Ärzten mit depressiven Syndromen aber auch bei Psychosen vorkam.

5.2.10. Erkrankungen in der Familie (Diskussion)

Psychische Erkrankungen in der Familie kamen bei den durch Suizid verstorbenen oberbayerischen Ärztinnen und Zahnärztinnen in 1/3, bei den Ärzten in ca. 1/5 und bei den Zahnärzten in 1/6 der Suizide vor.

Suizide in der Familie erfolgten bei durchschnittlich 14,3 % aller 119 Suizide. Das Ergebnis von BLACHLY (7) mit 12 % für Suizide von Familienangehörige der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen und das Ergebnis von RINGEL (79) mit 16 % Suiziden von Angehörigen der durch Suizid verstorbenen Bevölkerung unterscheidet sich kaum von den Ergebnissen der oberbayerischen Ärzte.

In diesem Zusammenhang ist auch erwähnenswert, daß die Ehefrauen von Ärzten aus England und Wales ebenfalls ein erhöhtes Suizidgeschehen aufweisen. Während es in England und Wales in den Jahren von 1959 bis 1963 noch beim 1,5 fachen lag (50), gibt SAKINOFISKY (84) für die selbe Region für die Jahre von 1970 bis 1972 ein 4,6 fach erhöhtes Suizidgeschehen bei den Ehefrauen von Ärzten an.

5.2.11. Anlässe des Suizid (Diskussion)

Der Verlust einer nahestehenden Person durch Tod in 19,3 %, durch Scheidung und Trennung in weiteren 21,8 %, spielte eine erhebliche Rolle als Anlaß für den Suizid der oberbayerischen Ärzte und Zahnärzte.

Hinsichtlich des Todes von Familienangehörigen kann dies durch das Ergebnis von BLACHLY (7) bestätigt werden, der als Gründe für den Suizid von Ärzten und Ärztinnen in 18 % den Tod eines Familienangehörigen angibt.

Obwohl der Verlust eines geliebten Menschen als depressionsauslösender Faktor schon längst bekannt ist, konnten keine Angaben darüber gefunden werden, wie häufig der Tod eines nahestehenden Menschen einen Anlaß für vollendete Suizide in der Bevölkerung darstellt.

Welch eine Lebenskrise z.B. bei Partnerverlust entsteht, wird sowohl anhand von PARKES (69) eigenen Untersuchungen als auch einer Vielzahl weiterer von ihm zitierter Studien im folgenden kurz aufgezeigt. Bei 4486 verwitweten Männern liegt während der ersten 6 Monate nach dem Verlust der Frau die Sterblichkeitsrate um 40 % höher als bei verheirateten Männern der gleichen Altersgruppe. Psychische Erkrankungen würden innerhalb von 6 Monaten 6 mal häufiger als erwartet nach dem Tod der Bezugsperson auftreten. 4 mal häufiger als Verheiratete würden innerhalb von 14 Monaten nach dem Tod des Partners Verwitwete im Krankenhaus behandelt werden müssen oder würden Hilfe bei Pfarrern, Psychiatern oder Sozialhelfern suchen. Bei 2,9 % von 3245 psychiatrischen Patienten sei noch 1 Jahr nach dem Tod des

Ehepartners eine psychiatrische stationäre Behandlung nötig geworden.

Ein Zusammenhang zum Suizidgeschehen nach einem Partnerverlust wurde jedoch von PARKES (69) nicht erwähnt. Auch POHLMEIER (73), der dem Problem des Verlustes einer nahestehenden Person in der Kindheit und im Erwachsenenalter in seinem Buch über Selbstmord und Selbstmordverhütung 2 Abschnitte widmete, konnte keinen nachweisbaren Zusammenhang zu vollendeten Suiziden herstellen bzw. finden.

Die Rolle von Verlusten nahestehender Personen durch Tod oder Verlassenwerden kann jedoch, allerdings nur als Anlaß für Suizidversuche, der Untersuchung BÖCKERS (8) entnommen werden. Bei 1 % Männern und 1 % Frauen konnte BÖCKER als Anlaß für den Suizidversuch den Tod eines Ehepartners, Freundes, Kindes oder Elternteils ausfindig machen. Das Verlassenwerden vom Ehepartner bzw. Freund ergab bei 7,4 % Männern und 4,9 % Frauen einen Anlaß für den Suizidversuch. Der Verlust einer nahestehenden Person stellte also anhand der Ergebnisse von BÖCKER bei insgesamt 7 % Männern und Frauen einen Anlaß für den Suizidversuch dar.

Bei den vollendeten Suiziden der oberbayerischen Ärzte und Ärztinnen war dies jedoch in 46 %, also über 6 mal häufiger der Fall, daß der Suizid auf den Verlust einer nahestehenden Person folgte.

Die Zusammensetzung von Anlässen kann natürlich zwischen Suizidversuchen und vollendeten Suiziden verschieden sein, aber ein derart großer Unterschied spricht doch eher dafür, daß sich auch die Anlässe von vollendeten Suiziden bei

Ärzten erheblich von den Anlässen der vollendeten Suizide in der Bevölkerung unterscheiden. Wenn nämlich der Anteil des Verlustes einer nahestehenden Person auch in der Bevölkerung derart häufig einen Anlaß für den Suizid darstellen würde wie bei den Ärzten und Zahnärzten, dann hätte man sicher in der ausgewerteten Literatur über den Suizid einen Anhalt hierfür finden müssen. PÖLDINGER (72) führt beispielsweise zwar in seiner von ihm erstellten Risikoliste zur Abschätzung der Suizidalität den Tod eines Familienangehörigen durch Suizid auf, nicht jedoch den Tod eines Familienangehörigen unabhängig von der Todesursache.

Die unterschiedliche Häufigkeit der Suizidanlässe in Bezug auf den Verlust einer nahestehenden Person zwischen Ärzten und Bevölkerung läßt nur zwei Schlüsse zu. Entweder wurde der Verlust einer nahestehenden Person als Anlaß für den Suizid in der Suizidforschung der Bevölkerung bisher übersehen, oder die Verlustanlässe bei Ärztesuiziden unterscheiden sich tatsächlich erheblich von der Bevölkerung. Da letztere Vermutung wesentlich wahrscheinlicher ist, stellt sich die Frage, ob sich hinter den Verlusten als Anlaß für den Suizid eine ärztespezifische Ursache verbirgt, die das hohe Suizidgeschehen von Ärzten zum Teil erklären könnte?

Die Beantwortung dieser Frage muß jedoch tiefenpsychologisch fundierten Untersuchungen überlassen werden, da hier ein Beantwortungsversuch einen rein spekulativen Charakter annehmen würde. An dieser Stelle kann jedoch auf SCHMIDBAUER (86) hingewiesen werden, der das Auftreten von Depressionen und die Suizidalität im Rahmen des Helfer-Syndroms beschreibt.

6.

Z U S A M M E N F A S S U N G

6.1.

Methodik

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, die Höhe des Suizidgeschehens von Ärzten und Zahnärzten aus dem Regierungsbezirk Oberbayern einschließlich Münchens im Zeitraum vom 1.1.1963 bis 31.12.1978 vollständig zu ermitteln. Das Ergebnis sollte mit dem Suizidgeschehen der über 25 Jahre alten Bevölkerung Oberbayerns und dem Suizidgeschehen von Ärzten und Zahnärzten aus anderen Ländern verglichen werden.

Nach Möglichkeit sollte sich an die Ergebnisse eine Ursachenermittlung anschließen, die ein eventuell erhöhtes Auftreten von Suiziden bei Ärzten und Zahnärzten erklären könnte. Hierzu war vorgesehen, neben der Ermittlung der Tatumstände eine Vielzahl von soziologisch, psychologisch und psychiatrisch relevanter Daten aus einer Vielzahl von Quellen zu erheben, um retrospektiv ein Lebensbild der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte gewinnen zu können. Dieses Lebensbild konnte bis auf wenige Ausnahmen dank der Hilfe von Ärztekammern, Staatsanwaltschaften, psychiatrischer Kliniken, Standesämtern, Einwohnermeldeämtern und der Verwertung des Lebenslaufes aus den Dissertationsschriften hinreichend erstellt werden.

Zunächst wurden alle 1627 verstorbenen Ärzte und alle 744 verstorbenen Zahnärzte Oberbayerns im Zeitraum vom 1.1.1963 bis 31.12.1978 anhand der Kartei der Bayerischen Landesärztekammer und Bayerischen Landes Zahnärztekammer in eine

Sterbeliste mit Name, Vorname, Geburtsdatum, Sterbedatum usw. eingetragen. 174 fehlende oder ungenaue Sterbedaten konnten in 140 Fällen durch die Standesämter in Erfahrung gebracht werden.

Anhand der Sterbelisten konnten 104 Suizide von Ärzten und Zahnärzten bei den 6 zuständigen Staatsanwaltschaften Oberbayerns ermittelt werden. Weitere 15 Suizide verdanken ihre Entdeckung bei den Staatsanwaltschaften der Sicherungsmaßnahme, alle Personen mit dem Titel eines Doktors oder Professors auf den Beruf eines Arztes und das Vorliegen eines Suizids hin zu überprüfen. Bei 115 aller 119 Suizide konnten die dazugehörigen Staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsberichte eingesehen und ausgewertet werden. Diese enthielten neben der Beschreibung der Tatumstände vor allem Zeugenaussagen, die Auffälligkeiten und das Verhalten der Suizidenten vor dem Suizid schilderten.

Von den so gefundenen 119 Ärzten und Zahnärzten aus Oberbayern, die durch Suizid verstorben sind, konnten 95 Personalakten bei der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landeszahnärztekammer hinsichtlich beruflich relevanter Daten eingesehen und ausgewertet werden.

Noch fehlende personenstandsbezogene und familiäre Daten konnten in 59 Fällen durch das Einwohnermeldeamt München ergänzt werden. In den übrigen Fällen wurden diese Daten weitgehend vollständig bereits von den Staatsanwaltschaften ermittelt. Von 84 Ärzten und Zahnärzten konnte der Lebenslauf aus deren Dissertationsschriften entnommen und ausgewertet werden. Aus 62 psychiatrischen Krankengeschichten waren die psychiatrisch relevanten Daten von 46 Ärzten und Zahnärzten zu entnehmen.

Anhand aller genannten Quellen lernte ich bis auf wenige Ausnahmen, bei denen weder bei den Staatsanwaltschaften noch Nervenkliniken genügend Unterlagen vorhanden waren, die durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte so gut kennen, daß Fallbeschreibungen möglich gewesen wären. Dies wäre natürlich die adäquateste Art gewesen, um dem Leser einen Eindruck dieser Einzelschicksale vermitteln zu können. Leider verbot sich diese Methode aus datenrechtlichen Gründen, um eine Identifizierung der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte keinesfalls zu ermöglichen. Die Anonymisierung dieser Daten war eine grundlegende Bedingung, ohne die ein Zugang zu den verschiedenen Quellen nie erlaubt worden wäre.

Um die Ergebnisse mit den Verhältnissen in der Bevölkerung auf der Basis von Suizidziffern vergleichen zu können, wurden hinsichtlich der Anzahl der lebenden Ärzte und Zahnärzte sowie des Alters und des Fachgebiets der lebenden Ärzte unveröffentlichte Statistiken von der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landeszahnärztekammer herangezogen.

Für Statistiken über die Bevölkerung Oberbayerns mußte die Bedingung erfüllt werden, daß nur die über 25 jährige Bevölkerung berücksichtigt wird, da Ärzte und Zahnärzte im Alter unter 25 Jahren so gut wie nie vorkommen. Dieses Material konnte großteils anhand unveröffentlichter Statistiken vom Bayerischen Statistischen Landesamt über die lebende Bevölkerung der Jahre 1970 bis 1978, die gesamte verstorbene Bevölkerung und die durch Suizid verstorbene Bevölkerung einschließlich der Suizidmethoden für die Jahre 1965 bis 1978 getrennt nach dem Geschlecht und nur für die über 25 jährige Bevölkerung erstellt werden.

6.2. Ergebnisse (Zusammenfassung)

6.2.1. Häufigkeit des Suizidgeschehens

Im 16 jährigen Untersuchungszeitraum vom 1.1.1963 bis 31.12.1978 verstarben im Regierungsbezirk Oberbayern einschließlich Münchens 67 männliche Ärzte, 27 Ärztinnen, 19 männliche Zahnärzte und 6 Zahnärztinnen durch Suizid. Von diesen 119 Suiziden entfielen 4 Fälle auf Doppelsuizide.

Männliche Ärzte

Die 67 Suizide von männlichen Ärzten entsprechen einer Suizidziffer von 61,7 Suiziden pro 100 000 lebende männliche Ärzte pro Jahr. Gegenüber der über 25 jährigen männlichen Bevölkerung Oberbayerns, die eine Suizidziffer von 39 Suiziden pro 100 000 lebende Männer pro Jahr aufweist, bedeutet dies ein 1,58 fach erhöhtes Auftreten von Suiziden bei den männlichen Ärzten ($p < 0,0005$). Auf alle verstorbenen männlichen Ärzte bezogen ergibt sich ein Suizidanteil von 4,75 % im Vergleich zu 2,43 % in der männlichen Bevölkerung Oberbayerns.

Ärztinnen

Die höchste Suizidziffer von allen 4 untersuchten Gruppen weisen mit 68,0 Suiziden pro 100 000 lebende Ärztinnen pro Jahr die Ärztinnen Oberbayerns auf. Gegenüber der über 25 jährigen weiblichen Bevölkerung Oberbayerns, die eine Suizidziffer von 23 Suiziden pro 100 000 lebende Frauen pro Jahr aufweist, entspricht dies einem 2,96 fach erhöhten Suizidgeschehen bei den Ärztinnen Oberbayerns ($p < 0,0005$). Bezieht man die 27

Suizide von Ärztinnen auf alle 216 verstorbenen Ärztinnen, erkennt man, daß 12,5 % im Gegensatz zu 1,5 % in der weiblichen Bevölkerung Oberbayerns durch Suizid verstorben sind. Hieraus zu folgern, daß 8,3 mal mehr Ärztinnen durch Suizid versterben als in der Bevölkerung ist jedoch nicht zulässig, da in diese Prozentsätze die unterschiedliche Altersstruktur der Lebenden mit eingeht. Das auffällig erhöhte Suizidgeschehen von Ärztinnen gegenüber der weiblichen Bevölkerung wird durch Untersuchungen aus den US bestätigt.

Männliche Zahnärzte

Die niedrigste Suizidziffer der 4 untersuchten Gruppen weisen die männlichen Zahnärzte mit 48,9 Suiziden pro 100 000 lebende männliche Zahnärzte pro Jahr auf. Gegenüber der über 25 jährigen männlichen Bevölkerung Oberbayerns ergibt sich ein 1,25 fach erhöhtes Suizidgeschehen bei den männlichen Zahnärzten. Dieser Unterschied ist nicht signifikant, jedoch ist diese Erhöhung in allen 4 Zeitabschnitten zu je 4 Jahren des 16 jährigen Untersuchungszeitraumes zu beobachten. Die Erhöhung schwankt dabei zwischen dem 1,14 und dem 1,37 fachen. Auf alle verstorbenen männlichen Zahnärzte Oberbayerns bezogen ergibt sich ein Suizidanteil von 2,8 % im Vergleich zu 2,4 % in der männlichen Bevölkerung Oberbayerns.

Zahnärztinnen

Die 6 Suizide von Zahnärztinnen aus Oberbayern entsprechen einer Suizidziffer von 67,1 Suiziden pro 100 000 lebende Zahnärztinnen pro Jahr. Im Vergleich zum Suizidgeschehen der über 25 jährigen weiblichen Bevölkerung Oberbayerns

tritt dabei der Suizid bei Zahnärztinnen 2,92 fach häufiger auf ($p < 0,005$). Der Anteil der Suizide am gesamten Sterbgeschehen der Zahnärztinnen Oberbayerns beträgt 9,38 % im Vergleich zur über 25 jährigen weiblichen Bevölkerung Oberbayerns mit 1,5 %. Da alle gefundenen Werte der Zahnärztinnen in etwa den Zahlen bei den Ärztinnen entsprechen, kann davon ausgegangen werden, daß die Gültigkeit der Ergebnisse trotz der geringen Fallzahl von 6 Suiziden vorhanden ist.

Vergleicht man alle 4 untersuchten Gruppen untereinander, so ergeben sich bezogen auf die Häufigkeit des Suizidgeschehens keine signifikanten Unterschiede.

Im Vergleich des Suizidgeschehens zwischen München und Oberbayern ohne München zeigt sich nur ein signifikant höheres Suizidgeschehen bei den Ärztinnen in der Region Oberbayern ohne München mit einer Suizidziffer von 81,4 Suiziden im Vergleich zur Suizidziffer der Ärztinnen Münchens mit 61,1 Suiziden ($p < 0,005$). Auch die Ärzte, Zahnärzte und Zahnärztinnen liegen mit ihrem Suizidgeschehen in der Region Oberbayern ohne München über dem Suizidgeschehen in München. Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

In München besteht bei den berufstätigen und nicht berufstätigen Ärzten und Ärztinnen bei der hohen Arztdichte von 225,3 Einwohnern pro Arzt die niedrigere Suizidziffer von 58,1 Suiziden pro 100 000 lebende Ärzte pro Jahr. Die oberbayerischen Ärzte mit einer vergleichsweise niedrigen Ärztedichte von 574,5 Einwohnern pro Arzt haben eine höhere Suizidziffer mit 71,9 Suiziden pro 100 000 lebende Ärzte pro Jahr. Die möglicherweise

hieraus abgeleitete Vermutung, daß häufiger Suizide bei beruflich überlasteten Ärzten vorkommen, kann durch die Einzelfallbetrachtungen widerlegt werden. Der Suizid wird überwiegend gerade von den Ärzten begangen, die weniger zur ärztlichen Versorgung der Bevölkerung beitragen.

6.2.2. Tatumstände (Zusammenfassung)

Die Suizidmethode konnte bei 118 von 119 Suiziden ausgewertet werden. In allen 4 untersuchten Gruppen ist der Anteil der Suizide durch Vergiftungen (ICD E 950) am höchsten im Vergleich zu den übrigen Suizidmethoden. Insgesamt liegt dabei der Anteil der Vergiftungen bei 70 Suiziden (59,3 %) von allen 118 ausgewerteten Suiziden.

Männliche Ärzte

Bei den männlichen Ärzten erfolgte der Suizid in 40 von 67 Fällen (59,7 %) durch Vergiftung. Die Suizidziffer durch Vergiftung liegt mit 36,8 Suiziden pro 100 000 lebende Ärzte pro Jahr ca. 3 mal höher als in der männlichen Bevölkerung Oberbayerns, die eine Suizidziffer von 12,3 Suiziden aufweist ($p < 0,0005$). Über den Werten aus der oberbayerischen Bevölkerung liegen noch mit dem 3,4 fachen mit einer Suizidziffer von 2,8 Suiziden die Suizide durch Stich und Schnitt ($p < 0,025$) und mit dem 2,2 fachen mit einer Suizidziffer von 4,6 Suiziden die Suizide durch Sturz aus der Höhe ($p < 0,05$).

Ärztinnen

Mit 18 von 27 Suiziden (66,7 %) ist bei den Ärztinnen die Einnahme von Giften die am meisten bevorzugte Methode. Mit einer Suizidziffer von 45,3 Suiziden pro 100 000 lebende Ärztinnen pro Jahr liegen die Vergiftungen 4,5 fach über der Suizidziffer der weiblichen Bevölkerung Oberbayerns mit 10,1 Suiziden für Vergiftungen ($p < 0,0005$).

Über den aus der weiblichen Bevölkerung Oberbayerns erwarteten Zahlen liegen noch mit dem 1,9 fachen die 4 Suizide durch Erhängen ($p < 0,2$) und mit dem 3,4 fachen die 3 Suizide durch Sturz aus der Höhe.

Männliche Zahnärzte

Die 7 Suizide durch Vergiftungen stellen 36,8 % aller Suizide von männlichen Zahnärzten dar. Der Unterschied ist mit der 1,5 fach höheren Suizidziffer von 18,0 Suiziden pro 100 000 lebende männliche Zahnärzte pro Jahr gegenüber der männlichen oberbayerischen Bevölkerung mit der Suizidziffer von 12,3 Suiziden nicht signifikant.

Höher als die Vergiftungen liegen mit der Suizidziffer von 10,3 Suiziden nur die 4 Suizide durch Erschießen bei den oberbayerischen Zahnärzten mit dem 2,3 fachen über der Suizidziffer von 4,5 Suiziden durch Erschießen in der oberbayerischen männlichen Bevölkerung ($p < 0,1$). Die übrigen Suizidmethoden sind annähernd gleich häufig wie in der Bevölkerung Oberbayerns anzutreffen.

Zahnärztinnen

Bei den Zahnärztinnen entfallen 5 von 6 Suiziden auf die Vergiftungen. Die Suizidziffer von 55,9 Suiziden pro 100 000 lebende Zahnärztinnen pro Jahr liegt dabei 5,5 fach über der Suizidziffer von 10,1 Suiziden in der oberbayerischen weiblichen Bevölkerung ($p < 0,0005$).

Bei einem Überblick über alle 4 Gruppen kann man feststellen, daß von den Ärzten überwiegend berufsgruppenspezifische Materialien wie Tabletten (Barbiturate wie Luminal und Phanodorm), Injektions- und Infusionslösungen (Betäubungsmittel, Narkosemittel, Muskelrelaxantien, Insulin usw.), Narkosegase und chirurgische Instrumente (Skalpelle, Scheren) zum Suizid verwandt wurden. Aus dem Rahmen fällt nur der Schußwaffengebrauch der Zahnärzte, der ca. 20 % aller Suizide bei den männlichen Zahnärzten beinhaltet.

Eine alkoholische Beeinflussung zum Zeitpunkt des Suizids konnte bei den Ärzten und Ärztinnen in je 15 %, bei den männlichen Zahnärzten in 26 % und bei den Zahnärztinnen in 17 % aller Suizide festgestellt werden.

Die überwiegende Mehrzahl aller Suizide geschah mit 63,9 % zu Hause. Die Ärztinnen haben mit 81,5 % den höchsten Anteil, die männlichen Ärzte mit 56,7 % den niedrigsten Anteil. Bei den männlichen Ärzten und Ärztinnen erfolgten mit knapp 15 % annähernd gleich viel Suizide im Freien. Als Patienten im Krankenhaus kamen 6 männliche Ärzte und 1 Zahnärztin durch Suizid ums Leben. Dies bedeutet, daß 9 % aller Suizide

von männlichen Ärzten in ihrer Rolle als Patient erfolgten.
3 dieser Ärzte sprangen dabei zum Fenster hinaus.

Erstaunlich hoch ist der Anteil der Ärzte im Gegensatz zu den Zahnärzten, die ihren Suizid angekündigt hatten. Bei 34 männlichen Ärzten (50,7 %) und 16 Ärztinnen (59,3 %) erfolgte vor dem Suizid eine Suiziddrohung. Dagegen hatten nur 7 männliche Zahnärzte (36,8 %) und nur 1 Zahnärztin (16,7 %) ihren Suizid angekündigt.

Einen Abschiedsbrief hinterließen 31 männliche Ärzte (46,3 %), 11 Ärztinnen (40,7 %), 8 männliche Zahnärzte (42,1 %) und 2 Zahnärztinnen (33,3 %).

Auf die Wochentage von Mittwoch bis Samstag entfielen durchschnittlich 18,8 Suizide pro Tag, während auf die Tage von Sonntag bis Dienstag durchschnittlich nur 12 Suizide kamen.

6.2.3. Persönliche Daten (Zusammenfassung)

Von den persönlichen Daten wird die Altersverteilung getrennt nach den 4 untersuchten Gruppen besprochen.

Männliche Ärzte

46 von 67 Suiziden (68 %) entfallen auf die unter 55 Jahre alten Ärzte. Die niedrigste Suizidziffer weist mit 41 Suiziden die Altersgruppe der 55 bis 64 jährigen Ärzte auf, die höchste Suizidziffer mit 86 Suiziden erreichen die über 75 jährigen Ärzte. Alle anderen Altersgruppen sind mit ca. 66 Suiziden pro 100 000 lebende Ärzte pro Jahr vertreten.

Bei den oberbayerischen Ärzten fällt das Suizid-
geschehen gegenüber der oberbayerischen Bevölkerung vom 2,25
fachen der bis 34 jährigen Ärzte bis zum 0,82 fachen der 55 bis
64 jährigen Ärzte ab, um in den beiden folgenden Altersgruppen
der über 65 jährigen Ärzte auf das über 1,25 fache Suizidge-
schehen wieder anzusteigen.

Das durchschnittliche Sterbealter der durch Suizid
verstorbenen oberbayerischen Ärzte beträgt 48,9 Jahre im Ver-
gleich zu 68,3 Jahren bei allen verstorbenen Ärzten Oberbayerns.

Ärztinnen

In den beiden Altersgruppen der 45 bis 54 und der
55 bis 64 jährigen Ärztinnen geschahen 18 von insgesamt 27 Sui-
ziden (67 %). 5 Suizide entfielen auf die unter 45 jährigen Ärz-
tinnen und 4 Suizide auf die 65 bis 74 jährigen Ärztinnen.

Bei den oberbayerischen Ärztinnen steigt die Sui-
zidziffer von 11,3 Suiziden pro 100 000 lebende Ärztinnen pro
Jahr in der jüngsten Altersgruppe der 25 bis 34 jährigen Ärz-
tinnen bis auf 171,2 Suizide in der Altersgruppe der 65 bis 74
jährigen Ärztinnen an. Im Vergleich zum altersspezifischen Sui-
zidgeschehen der weiblichen Bevölkerung Oberbayerns steigen die
Suizide vom 0.74 fachen in der jüngsten Altersgruppe der 25 bis
34 jährigen Ärztinnen in großen Sprüngen auf das 6,39 fache in
der Altersgruppe der 65 bis 74 jährigen Ärztinnen an.

Das durchschnittliche Sterbealter beträgt bei den
durch Suizid verstorbenen Ärztinnen 52,6 Jahre im Vergleich zu
61,4 Jahren aller verstorbenen Ärztinnen Oberbayerns.

Männliche Zahnärzte

Bei den Zahnärzten entfallen $\frac{2}{3}$ (68 %) aller 19 Suizide auf die Altersgruppe der über 55 jährigen Zahnärzte, während es bei den männlichen Ärzten nur $\frac{1}{3}$ waren. Aufgrund fehlender Altersstatistiken der lebenden Zahnärzte können keine Suizidziffern und standardisierten Suizidziffern angegeben werden, jedoch ist die Betrachtung der altersspezifischen Prozentanteile der Suizide von allen verstorbenen Zahnärzten Oberbayerns möglich.

Der Prozentanteil der durch Suizid verstorbenen Zahnärzte sinkt von 27,3 % in der Altersgruppe der 35 bis 44 jährigen Zahnärzte auf 1 % bei den über 75 jährigen Zahnärzten. Diese prozentualen Anteile des Suizidgeschehens am gesamten Sterbegeschehen der oberbayerischen Zahnärzte liegen dabei in allen Altersgruppen ab dem 35. Lebensjahr zum Teil bis zum 2 fachen über den Ergebnissen der oberbayerischen Bevölkerung. Während in der oberbayerischen Bevölkerung die Altersgruppe der 25 bis 34 jährigen den höchsten Anteil aller Suizide aufweist, geschah in dieser Altersgruppe von oberbayerischen Zahnärzten unerwartet kein einziger Suizid.

Das durchschnittliche Sterbealter beträgt bei den durch Suizid verstorbenen oberbayerischen Zahnärzten 58,7 Jahre im Vergleich zu 69,3 Jahren aller verstorbenen männlichen Zahnärzte.

Zahnärztinnen

Von 6 Suiziden von oberbayerischen Zahnärztinnen verstarben 5 (83 %) im Alter zwischen 45 und 64 Jahren. Der prozentuale Anteil der Suizide am gesamten Sterbegeschehen der oberbayerischen Zahnärztinnen liegt dabei in den 3 Altersgruppen der 45 bis 74 jährigen Zahnärztinnen ähnlich hoch wie bei den Ärztinnen. Mit ca. 20 % Suiziden von allen verstorbenen Zahnärztinnen in den Altersgruppen der 45 bis 54 und der 55 bis 64 jährigen Zahnärztinnen liegen die Ergebnisse 2,7 und 7,2 fach, in der Altersgruppe der 65 bis 74 jährigen Zahnärztinnen mit 9 % sogar 8,9 fach über den Angaben aus der oberbayerischen weiblichen Bevölkerung.

Das durchschnittliche Sterbealter beträgt bei den durch Suizid verstorbenen Zahnärztinnen 57,3 Jahre im Vergleich zu 64,4 Jahren aller verstorbenen oberbayerischen Zahnärztinnen.

Der Personenstand kann bei allen 119 Suiziden angegeben werden. Die verheirateten Ärzte und Ärztinnen weisen die niedrigste Suizidziffer mit 32,1 Suiziden von Ärzten und 37 Suiziden von Ärztinnen auf. Alle übrigen Personenstände der Ärzte haben Suizidziffern zwischen 290,7 Suiziden und 347,2 Suiziden. Bei den Ärztinnen sind die Unterschiede wesentlich größer. Von 66,7 Suiziden bei den ledigen Ärztinnen steigen die Suizidziffern über 97,7 Suiziden bei den getrennt lebenden Ärztinnen und 128,2 Suiziden bei den verwitweten Ärztinnen auf 309,9 Suizide bei den geschiedenen Ärztinnen an.

Die Zahnärzte ohne Berücksichtigung des Geschlechts haben im prozentualen Vergleich der Familienstände mit der Bevölkerung Oberbayerns ein an die Hälfte niedrigeres Suizid-geschehen bei den ledigen Zahnärzten, jedoch ein höheres bei den verheirateten und geschiedenen bzw. verwitweten Zahnärzten als die Bevölkerung Oberbayerns.

Ca. 3 von 4 männlichen bzw. weiblichen Ärzten und Zahnärzten waren zu irgend einem Zeitpunkt ihres Lebens einmal verheiratet, bevor sie den Suizid begingen. 8 von 52 männlichen Ärzten (15,4 %) und 4 von 19 Ärztinnen (21,1 %) waren davon mindestens zweimal verheiratet.

50 aller 119 durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte waren kinderlos (männliche Ärzte 39 %, Ärztinnen 59 %, männliche Zahnärzte 37 %, Zahnärztinnen 17 %). Am auffälligsten ist das Ergebnis bei den Ärztinnen. 16 von 27 durch Suizid verstorbenen Ärztinnen hatten keine Kinder, obwohl 8 der 16 kinderlosen Ärztinnen schon einmal verheiratet gewesen sind oder zum Todeszeitpunkt noch waren. Von 11 Ärztinnen im Alter über 55 Jahren waren 9 Ärztinnen kinderlos (81,8 %). Der Suizid von Ärztinnen im Alter unter 55 Jahren geschah dagegen zu annähernd gleichen Teilen von kinderlosen Ärztinnen (43,8 %) und Ärztinnen mit Kindern (56,2 %).

Ärzte und Ärztinnen, in deren Haushalten keine Kinder lebten, verstarben innerhalb aller Personenstände häufiger durch Suizid als man dies anhand der lebenden Ärzte und Ärztinnen erwartet hätte. Der Unterschied war bei den zum Suizidzeitpunkt verheirateten Ärzten ($p < 0,0005$), verheirateten Ärztinnen ($p < 0,05$) und geschiedenen Ärztinnen ($p < 0,2$) signifikant.

Auch gegenüber der verheirateten Bevölkerung traten bei den durch Suizid verstorbenen verheirateten Ärzten und Ärztinnen signifikante Unterschiede auf ($p < 0,05$).

Bei der Religionszugehörigkeit fällt der relativ hohe Anteil der 14 bekenntnislosen Ärzte und Zahnärzte von 111 bekanntgewordenen Religionszugehörigkeiten auf (männliche Ärzte 11,5 %, Ärztinnen 14,8 %, männliche Zahnärzte 11,8 % Zahnärztinnen 16,7 %). Der Anteil der katholischen Ärzte (42,6 %), Ärztinnen (44,4 %) und Zahnärztinnen (33,3 %) ist annähernd gleich hoch wie bei den evangelischen Ärzten (45,9 %), Ärztinnen (37,0 %) und Zahnärztinnen (50,0 %). Der Suizid wurde jedoch von wesentlich mehr katholischen Zahnärzten (64,7 %) als evangelischen Zahnärzten (23,5 %) begangen. Die Religionszugehörigkeit der lebenden Ärzte und Zahnärzte ist leider nicht bekannt.

Ein Vergleich mit der Religionszugehörigkeit der durch Suizid verstorbenen Bevölkerung Oberbayerns ist jedoch möglich, allerdings nur für die katholische und evangelische Glaubenszugehörigkeit ohne Berücksichtigung des Geschlechts und nur in Prozent aller Suizide. Der Prozentanteil liegt bei den durch Suizid verstorbenen katholischen Ärzten 21,8 % und bei den katholischen Zahnärzten 10,2 % unter den 62,2 % der durch Suizid verstorbenen katholischen Bevölkerung. Bei den evangelischen Ärzten liegt der Anteil 7,5 % über und bei den evangelischen Zahnärzten 4,9 % unter den 32,9 % der durch Suizid verstorbenen evangelischen Bevölkerung Oberbayerns.

Bei der Betrachtung des Geburtsortes der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen im Vergleich zu allen verstorbenen Ärzten und Ärztinnen ergibt sich, daß einheimische und bodenständige Ärzte mit 16,4 % ($p < 0,0005$) und Ärztinnen mit 18,5 % weniger häufig durch Suizid versterben als man dies anhand aller in Oberbayern geborenen und verstorbenen Ärzte mit 25,4 % und Ärztinnen mit 21,3 % erwartet hätte. Kann diese Aussage für die im übrigen Bayern geborenen männlichen Ärzte mit 16,4 % Suiziden gegenüber 18,8 % verstorbenen Ärzten aus diesem Gebiet noch aufrecht erhalten werden, so ergibt sich bei den im übrigen Bayern geborenen Ärztinnen ein völlig unerwartetes Ergebnis. Der Anteil der im übrigen Bayern geborenen Ärztinnen an allen Suiziden beträgt 18,5 % im Vergleich zum 9,7 prozentigen Anteil dieser Gruppe am gesamten Sterbegeschehen ($p < 0,2$).

Alle übrigen in außerbayerischen Regionen geborene Ärzte und Ärztinnen zeigen ein im Vergleich zu den in Oberbayern geborenen Ärzten und Ärztinnen ein erhöhtes Suizidgeschehen.

Bei 17 männlichen Ärzten (25,4 %), 3 Ärztinnen (11,1 %) und 3 männlichen Zahnärzten (15,8 %) konnten Vorstrafen bzw. eingeleitete Strafverfahren gefunden werden. Diese Strafen bzw. Anklagen standen überwiegend mit der Sucht bzw. dem Alkoholismus in Zusammenhang (Alkohol am Steuer, Betäubungsmittelmißbrauch, Unterschlagung usw.) oder waren auf eine Persönlichkeitsstörung zurückzuführen (Beleidigung, üble Nachrede, Bedrohung, Freiheitsberaubung, vorsätzliche Körperverletzung usw.).

6.2.4. Familiäre Daten (Zusammenfassung)

Die soziale Herkunft anhand des Berufs des Vaters ergibt für ca. 1/3 der durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzte, Zahnärzte und Zahnärztinnen, daß ihr Beruf einen sozialen Aufstieg brachte. Bei den durch Suizid verstorbenen Ärztinnen sind jedoch nur 15 % soziale Aufsteiger zu finden. 23,9 % der durch Suizid verstorbenen männlichen Ärzte hatten einen Vater mit dem Beruf eines Arztes.

Der Beruf des letzten Ehepartners der jemals verheirateten Ärzte und Zahnärzte war bei 10 von 52 männlichen Ärzten (19,2 %), bei 8 von 19 Ärztinnen (42,1 %), bei 1 von 16 männlichen Zahnärzten (6,25 %) und 1 von 6 Zahnärztinnen (16,7 %) identisch mit dem eigenen Beruf. 5 Ärztinnen waren zu irgend einem Zeitpunkt ihres Lebens mit einem Juristen verheiratet, so daß einschließlich des juristischen Berufs des Vaters insgesamt 10 Ärztinnen (37 %) längere Zeit in einem Haushalt mit einem Juristen gemeinsam gelebt hatten.

Das Alter des letzten Ehepartners war bei den männlichen Ärzten und Zahnärzten häufig niedriger und bei den Ärztinnen und Zahnärztinnen häufig höher. Bei 7 von 33 männlichen Ärzten (21,2 %) mit jüngeren Ehefrauen betrug der Altersunterschied mehr als 15 Jahre.

Unter Berücksichtigung der 41 männlichen Ärzte, 11 Ärztinnen, 12 männlichen Zahnärzte und 5 Zahnärztinnen, die

Kinder hatten und unter Berücksichtigung des Alters des jüngsten Kindes, hatte jeder 5. Arzt und jede 5. Ärztin Kinder im Vorschulalter und ca. jeder 4. Arzt und jede 4. Ärztin Kinder entweder im Schulalter, im Alter zwischen 16 und 25 Jahren oder über 25 Jahre alte Kinder. Die Zahnärzte und Zahnärztinnen hatten keine Kinder im Vorschulalter. Ca. 1/3 aller Zahnärzte und Zahnärztinnen hatten schulpflichtige Kinder und ca. jeder 6. männliche Zahnarzt hatte Kinder im Alter zwischen 16 und 25 Jahren. Von 40 % männlichen Zahnärzten und 60 % Zahnärztinnen war das jüngste Kind älter als 25 Jahre.

6.2.5. Beruflicher Werdegang (Zusammenfassung)

8 Zahnärzte und 1 Zahnärztin absolvierten kein Hochschulstudium. Sie wurden überwiegend im Jahre 1953 aus dem Dentistenstand in den Zahnärztestand übernommen.

Ca. 1/3 aller männlichen und weiblichen Ärzte und Zahnärzte studierten nur an einem Studienort. An 2 und mehr Studienorten studierten 59,7 % männliche Ärzte, 55,6 % Ärztinnen, 15,8 % männliche Zahnärzte und 33,3 % Zahnärztinnen. 11,9 % männliche Ärzte und 22,2 % Ärztinnen studierten sogar an 4 und mehr Studienorten.

Ausländische Studienorte lagen überwiegend in Österreich. 11 männliche Ärzte (16,4 %) studierten in Österreich, 8 davon in Wien. Bei den Ärztinnen waren es 6, die in Österreich studierten (22,2 %), davon 4 in Innsbruck.

Die Dauer des Studiums betrug bei 19,4 % der durch Suizid verstorbenen Ärzte 13 und mehr Semester, während die lebenden Ärzte nur in 5,5 % der Fälle länger als 13 Semester studierten ($p < 0,001$). Noch höher als bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten unterscheidet sich die Studiendauer bei den durch Suizid verstorbenen Ärztinnen von den lebenden Ärztinnen. 33,3 % durch Suizid verstorbene Ärztinnen studierten im Vergleich zu 6,8 % lebenden Ärztinnen länger als 13 Semester ($p < 0,0005$).

Zweitstudiengänge wurden von 15 männlichen Ärzten (22,4 %) unternommen, wovon 9 dieses Zweitstudium abbrachen (13,4 %). In 7 Fällen wurde als Zweitstudiengang das Fach Philosophie und/oder Psychologie gewählt und in 4 Fällen Zahnmedizin. Alle 4 zahnmedizinischen Studiengänge, jedoch nur ein philosophischer Studiengang wurden abgeschlossen. Eine Ärztin, die als zweites Fach Philosophie wählte, brach dieses Studium ab.

Der Examensort lag bei den männlichen Ärzten mit 43,3 % annähernd gleichauf mit den Ärztinnen mit 44,4 % in Oberbayern. Die übrigen Examensorte verteilen sich ohne große Unterschiede zwischen männlichen Ärzten und Ärztinnen mit ca. 56 % auf die Gebiete des übrigen Bayerns, die BRD, die deutschen Ostgebiete und das Ausland. Von den männlichen Zahnärzten studierten 45,5% und von den Zahnärztinnen 40 % in Oberbayern.

Das durchschnittliche Examensalter lag bei den durch Suizid verstorbenen Ärzten bei 26,3 Jahren, bei den Ärztinnen bei 26,7 Jahren, bei den Zahnärzten bei 24,3 Jahren

und bei den Zahnärztinnen bei 26,3 Jahren.

Das Examen der durch Suizid verstorbenen Ärzte wurde in 46,3 % von 26 und 27 jährigen Ärzten abgelegt, während die lebenden Ärzte das Examen in diesem Alter nur in 32,6 % absolvierten ($p < 0,05$). Die durch Suizid verstorbenen Ärztinnen legten nur in 11,1 % das Examen im Alter von 26 und 27 Jahren ab, während man anhand der Ergebnisse bei den lebenden Ärztinnen 31,0 % erwartet hätte ($p < 0,001$). Da die Mehrzahl der in diesem Alter fehlenden Ärztinnen ihr Examen im Alter unter 26 Jahren in 51,8 % absolvierten, ergibt sich, daß die durch Suizid verstorbenen Ärztinnen signifikant häufiger ihr Examen in jüngeren Jahren abgelegt hatten als die lebenden Ärztinnen mit 36,0 % der Fälle ($p < 0,025$).

Die männlichen Zahnärzte unterscheiden sich nur im Hinblick auf ein häufigeres Examen in jüngeren Jahren im Vergleich zu den männlichen Ärzten.

Ein Dokortitel wurde von 94 % der männlichen Ärzte, 74,1 % der Ärztinnen, 52,6 % der männlichen Zahnärzte und 66,7 % der Zahnärztinnen geführt. 3 Ärzte, 4 Ärztinnen, 9 Zahnärzte und 1 Zahnärztin hatten keinen Dokortitel. Bei 1 Arzt, 3 Ärztinnen und 1 Zahnärztin ist die Berechtigung zum Führen des Dokortitels äußerst fragwürdig. Bei 2 Ärztinnen konnten selbst die angegebenen Universitäten keine Dissertationsunterlagen finden. 2 männliche Ärzte waren Professoren und 3 männliche Ärzte führten je 2 Dokortitel (zweimal zusätzlich Dr. med. dent und einmal Dr. phil.).

Die Dissertationsthemen kamen bei 15 männlichen Ärzten aus dem Bereich der Inneren Medizin, bei 10 männlichen Ärzten aus der Chirurgie und bei weiteren 10 männlichen Ärzten aus der Gynäkologie. Die gynäkologischen Themen sind im Gegensatz zu allen anderen Fachgebieten, die höchstens je zweimal vertreten sind, überdurchschnittlich häufig zu finden. Bei den Ärztinnen, den Zahnärzten und Zahnärztinnen sind keine Auffälligkeiten zu verzeichnen.

Eine Fachgebietsbezeichnung hatten 40,3 % männliche Ärzte und 44,4 % Ärztinnen. Männliche Ärzte mit Fachgebietsbezeichnung verstarben signifikant weniger häufig durch Suizid als männliche Ärzte ohne Fachgebietsbezeichnung ($p < 0,025$). Mit 14,9 % Ärzten und 14,8 % Ärztinnen war die Fachgebietsbezeichnung "Innere Medizin" am häufigsten vertreten, gefolgt von 4,5 % männlichen Nervenfachärzten bzw. 2 Gynäkologinnen. Den höchsten Anteil aller durch Suizid verstorbenen Ärzte und Ärztinnen hatten jedoch die 26,9 % praktischen Ärzte und die 33,3 % praktischen Ärztinnen. Einschließlich der praktischen Ärzte hatten 59,7 % der männlichen Ärzten und 55,6 % der Ärztinnen keine Fachgebietsbezeichnung. In dieser Gruppe kommen noch 6,0 % Medizinalassistenten und 3,7 % Medizinalassistentinnen vor. Der Rest von 26,9 % männliche Ärzte und 18,5 % Ärztinnen verteilt sich überwiegend auf verbeamtete und berufsfremd tätige Ärzte.

Eine Rangfolge der Höhe des Suizidgeschehens innerhalb der verschiedenen Fachgebiete ist aufgrund der

niedrigen Zahlen nicht durchführbar. Es ergibt sich jedoch in Bezug auf die Fachgebiete der verstorbenen männlichen Ärzte, daß von 23 verstorbenen Ärzten, die zwei Studienabschlüsse, nämlich der Humanmedizin und der Zahnmedizin, hatten, 4 männliche Ärzte durch Suizid verstorben sind (17,4 %). 3 hiervon waren Mund- und Kieferchirurgen und 1 war HNO-Arzt. 3 dieser 4 Ärzte wurden aufgrund ihrer letzten Tätigkeit den Zahnärzten zugeordnet.

Im Hinblick auf psychiatrisch tätige Ärzte ergibt sich unter Zusammenschluß von Nervenfachärzten, Psychiatern, Psychotherapeuten und Ärzten, die jahrelang auf dem psychiatrischen Gebiet tätig waren, die Anzahl von 9 männlichen Ärzten (13,4 %) und 3 Ärztinnen (11,1 %).

6.2.6. Berufliche Tätigkeit (Zusammenfassung)

Eine berufliche Tätigkeit wurde zum Todeszeitpunkt von weniger durch Suizid verstorbenen Ärzten (70,1 %) und Ärztinnen (44,4 %) ausgeübt als man anhand des Anteils der berufstätigen lebenden Ärzte Oberbayerns mit 92,7 % und der berufstätigen lebenden Ärztinnen mit 74,9 % erwartet hätte. Bei den Zahnärzten liegt der Anteil der durch Suizid verstorbenen erwerbstätigen bei 68,4 % und bei den Zahnärztinnen bei 83,3 %.

Die nicht erwerbstätigen Ärzte weisen eine signifikant höhere Suizidziffer von 189,8 Suiziden auf als die

erwerbstätigen Ärzte mit einer Suizidziffer von 50,7 Suiziden ($p < 0,0005$). Genauso verhält es sich bei den nicht erwerbstätigen Ärztinnen, die mit einer Suizidziffer von 130,4 Suiziden eine erheblich höhere Suizidziffer aufweisen als die erwerbstätigen Ärztinnen mit einer Suizidziffer von 43,7 Suiziden ($p < 0,005$).

Unterteilt man die berufstätigen Ärzte und Ärztinnen noch in ärztlich tätige und berufsfremd tätige Ärzte und Ärztinnen, so zeigt sich, daß die niedrigsten Suizidziffern bei den ärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten zu finden sind, während die Suizidziffern der berufsfremd tätigen Ärzte und Ärztinnen zwischen den niedrigen Suizidziffern der ärztlich tätigen und den hohen Suizidziffern der nicht erwerbstätigen Ärzte und Ärztinnen liegen.

Insgesamt übten zum Zeitpunkt des Suizids 59,7 % der Ärzte, 33,3 % der Ärztinnen, 68,4 % der Zahnärzte und 66,7 % der Zahnärztinnen eine ärztliche Tätigkeit aus. Eine berufsfremde Tätigkeit wurde immerhin von 10,4 % der Ärzte, 11,1 % der Ärztinnen und 16,7 % der Zahnärztinnen ausgeübt. Die 3 Ärztinnen und die Zahnärztin waren ausschließlich als Hausfrauen tätig, während die Mehrzahl der männlichen Ärzte in der Pharmaindustrie tätig war.

Im Ruhestand befand sich in jeder der 4 Gruppen ca. jeder 5. männliche oder weibliche Arzt oder Zahnarzt. Von allen 24 im Ruhestand befindlichen männlichen und weiblichen Ärzten und Zahnärzten begingen 20,8 % (3 männliche

Ärzte und 2 Zahnärztinnen) ihren Suizid innerhalb eines Jahres nach Eintritt in den Ruhestand.

In monatelangem Krankenstand mit zum Teil unmöglicher und zum Teil fraglicher erneuter Berufsaufnahme befanden sich 6 von allen durch Suizid verstorbenen Ärzten und Zahnärzten.

Eine Arbeitslosigkeit bestand bei 3 % der männlichen Ärzte und 25,9 % der Ärztinnen. Eine Kündigung erfolgte gegen 4 Ärztinnen (14,8 %) innerhalb des letzten Jahres vor dem Suizid, davon in 2 Fällen wegen Sucht. Eine Ärztin mußte auf erheblichen Druck des Innenministeriums wegen einer Psychose ihre Praxis aufgeben, die restlichen 2 Ärztinnen waren bereits seit Jahren arbeitslos.

Einschließlich der nicht berufstätigen Ärzte und Ärztinnen hatten 43,3 % der männlichen Ärzte und 48,1 % der Ärztinnen zuletzt in einer Praxis gearbeitet. Im Vergleich hierzu ist der Anteil der zuletzt in einer Klinik beschäftigten 32,8 % männlichen Ärzte und 37,0 % Ärztinnen deutlich niedriger. Bei den noch ärztlich tätigen männlichen Ärzten besteht hinsichtlich der Höhe des Suizidgeschehens zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Ärzten kein Unterschied. Erst die im Ruhestand oder Krankenstand befindlichen niedergelassenen männlichen Ärzte weisen mit 14,4 % Suiziden wesentlich mehr Suizide auf als die 4,5 % im Ruhestand oder Krankenstand befindlichen

männlichen Klinikärzte.

Niedergelassene Ärztinnen weisen sowohl bei den noch ärztlich tätigen als auch bei den im Ruhestand oder Krankenstand befindlichen Ärztinnen mit 44,4 % mehr Suizide auf als die Klinikärztinnen mit 18,5 %. Klinikärztinnen sterben erst häufiger durch Suizid, wenn sie arbeitslos sind. 18,5 % arbeitslosen Klinikärztinnen stehen 3,7 % arbeitslose niedergelassene Ärztinnen gegenüber.

Die Anzahl der Jahre zwischen Examen und Tod unterscheidet sich innerhalb der ersten 10 Jahre nach dem Examen erheblich zwischen männlichen Ärzten und allen übrigen Gruppen. 23,9 % männliche Ärzte entfallen auf diesen Zeitraum, während die Ärztinnen nur 3,7 % und die männlichen und weiblichen Zahnärzte keinen Suizid aufweisen. Ein weiterer Unterschied besteht in den nächstfolgenden Jahrzehnten nach dem Examen nur zwischen männlichen Ärzten und männlichen Zahnärzten. 63,6 % examinierte männliche Zahnärzte begingen im Gegensatz zu 32,8 % männlichen Ärzten ihren Suizid 30 Jahre und länger nach dem Examen.

6.2.7. Erkrankungen (Zusammenfassung)

An akuten lebensbedrohlichen somatischen Erkrankungen (Tumoren) waren 11,9 % der männlichen Ärzte erkrankt. Bei weiteren 7,5 % der männlichen Ärzte wurde eine

bestehende nicht lebensgefährliche Erkrankung paranoid in Krebs umgedeutet. An Schädel-Hirn-Erkrankungen sind bezogen auf alle 4 Gruppen in der Anamnese 6 Schädelbrüche, eine Virus-meningitis, eine Virusencephalitis und zur Tatzeit auch ein bei den Tumoren mitgezähltes Glioblastom, eine akute Contusio cerebri und ein zu vermutender kurz vor dem Tod operierter Hirnabszeß zu nennen.

Auffällig sind noch 8 Gehbehinderungen, die auf 3 Beinverkürzungen, 3 Hüftleiden und 2 jeweils häufige komplizierte Knochenbrüche zurückzuführen sind.

Folgeerkrankungen von Sucht wie alkoholische Polyneuropathie, Lebererkrankungen kommen häufig vor, sowie Wohlstandserkrankungen wie Arteriosklerose, Gicht und Raucher-bronchitiden. Klimakterische Beschwerden wurden nahezu bei allen in diesem Alter befindlichen Ärztinnen und Zahnärztinnen angegeben.

Psychische Erkrankungen können bei insgesamt 108 aller 119 durch Suizid verstorbenen Ärzten und Zahnärzten angegeben werden (90,8 %). Diese Angaben beruhen zu 42,6 % auf Diagnosen von Nervenfachärzten, zu 13,9 % auf Diagnosen von anderen Ärzten und zu 43,5 % auf eigene Diagnosestellungen. Die eigenen Diagnosestellungen fußen auf Angaben von Zeugen aus-sagen und beruhen zum überwiegenden Anteil auf der Nennung der Worte "depressiv", "Depressionen" und "schwermütig". Das depressive Syndrom kam bei 56,7 % der männlichen Ärzte, 48,1 % der Ärztinnen, 42,1 % der männlichen Zahnärzte und 66,7 % der

Zahnärztinnen vor. An einem paranoid und/oder halluzinatorischen Syndrom litten 9,0 % der männlichen Ärzte und 18,5 % der Ärztinnen. Faßt man die paranoid und/oder halluzinatorischen Syndrome und die sicher diagnostizierten "endogenen Depressionen" zusammen, so ergeben sich 18 Psychosen, die zur Hälfte allein auf die Ärztinnen entfallen, so daß 33,3 % aller Suizide von Ärztinnen im Zustand einer Psychose begangen wurden.

Von 37,7 % der männlichen Ärzte, 48,1 % der Ärztinnen, 15,8 % der männlichen Zahnärzte und 50,0 % der Zahnärztinnen sind Suizidversuche bekannt, wovon 11 männliche Ärzte, 7 Ärztinnen, 1 männlicher Zahnarzt und 1 Zahnärztin zwei und mehr Suizidversuche begingen.

Eine Sucht einschließlich einer fraglichen Sucht konnte bei 46,4 % der männlichen Ärzte, 40,7 % der Ärztinnen, 42,1 % der männlichen Zahnärzte und 33,3 % der Zahnärztinnen festgestellt werden. Alkoholismus kommt in allen 4 Gruppen nahezu gleich häufig vor wie Medikamentenabhängigkeit. 17,9 % der männlichen Ärzte, 7,4 % der Ärztinnen und 10,5 % der männlichen Zahnärzte waren zur Tatzeit oder gesichert zu einem früheren Zeitpunkt betäubungsmittelabhängig.

6.2.8. Psychiatrische Behandlung (Zusammenfassung)

In stationärer oder ambulanter psychiatrischer Behandlung befanden sich zu irgend einem Zeitpunkt ihres

Lebens 55,2 % der männlichen Ärzte, 70,4 % der Ärztinnen, 31,6 % der männlichen Zahnärzte und 83,3 % der Zahnärztinnen.

Einer stationären psychiatrischen Behandlung

mußten sich bereits 40,3 % der männlichen Ärzte, 51,9 % der Ärztinnen, 21,1 % der männlichen Zahnärzte und 66,7 % der Zahnärztinnen unterziehen. 29 dieser 49 männlichen und weiblichen Ärzte und Zahnärzte waren sogar mehrmals in stationärer psychiatrischer Behandlung.

Bei 5,9 % aller Suizide stand ein Nervenklinaufenthalt unmittelbar bevor. Während eines Nervenklinaufenthalts verstarb eine Ärztin durch Suizid. Innerhalb eines Jahres nach einem stationären Nervenklinaufenthalte verstarben 16,8 % aller 119 durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte.

In einer ambulanten psychiatrischen Behandlung

befanden sich zum Zeitpunkt ihres Suizids 13,4 % aller 119 durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte. Innerhalb des letzten Jahres vor dem Suizid wurde einschließlich einer Behandlung zur Tatzeit bei 29,9 % der männlichen Ärzte, 44,4 % der Ärztinnen, 21,1 % der männlichen Zahnärzte und 50,0 % der Zahnärztinnen entweder eine ambulante oder stationäre psychiatrische Behandlung durchgeführt.

In psychotherapeutischer Behandlung befanden sich 13,4 % der männlichen Ärzte und 14,8 % der Ärztinnen.

6.2.9. Arztkontakt vor dem Suizid (Zusammenfassung)

Innerhalb der letzten Woche vor dem Suizid hatten 55,2 % der männlichen Ärzte, 37,0 % der Ärztinnen, 10,5 % der männlichen Zahnärzte und 16,7 % der Zahnärztinnen Kontakt zu einem anderen Arzt, überwiegend in der Rolle als Patient, aber auch als Kollege, Verwandter oder Bekannter.

6.2.10. Erkrankungen in der Familie (Zusammenfassung)

Psychische Erkrankungen in der Familie konnten bei 33,3 % der Ärztinnen bzw. Zahnärztinnen, 19,4 % der männlichen Ärzte und 15,8 % der männlichen Zahnärzte festgestellt werden.

Suizide in der Familie kamen dabei bei 13,4 % der männlichen Ärzte, 18,5 % der Ärztinnen und 15,8 % der männlichen Zahnärzte vor.

6.2.11. Anlässe des Suizids (Zusammenfassung)

Die Anlässe des Suizids werden aufgrund des hohen Anteils des Verlustes einer nahestehenden Person auch bei den übrigen Anlässen willkürlich unter dem Gesichtspunkt betrachtet, inwieweit diese übrigen Anlässe ebenfalls einen Verlust darstellen.

Unter dem Verlust einer nahestehenden Person

wird der Verlust oder drohende Verlust des Ehepartners durch Tod, Scheidung oder Trennung, der Verlust des Freundes bzw. der Freundin durch Tod oder Trennung und der Verlust des Vaters, der Mutter oder eines Kindes durch Tod verstanden, insoweit der Verlust in sehr engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Suizid steht oder vom Suizidenten selbst oder von Zeugen als Anlaß für den Suizid genannt wurde. Dies gilt auch für alle übrigen Anlässe.

1/3 aller Suizide von Ärztinnen bzw. Zahnärztinnen, 17,9 % aller Suizide von männlichen Ärzten und 21,1 % aller Suizide von männlichen Zahnärzten geschahen nach dem Tod einer nahestehenden Person. Der Tod des Ehepartners spielte dabei eine ähnlich große Rolle als Anlaß für den Suizid wie der Tod eines Elternteils.

In je einem Fall in jeder Gruppe wurde als Anlaß für den Suizid eine durchgeführte Scheidung angegeben, häufiger ist jedoch bei 5 männlichen Ärzten und 3 Ärztinnen die bevorstehende Scheidung ein Anlaß für den Suizid.

Die Trennung vom Ehepartner, Freund bzw. Freundin war ein Anlaß bei 17,9 % der männlichen Ärzte, 11,1 % der Ärztinnen und 5,3 % der männlichen Zahnärzte.

Unter Zusammenfassung von Tod, Scheidung und Trennung kann für 37,3 % der männlichen Ärzte, 48,1 % der Ärztinnen, 26,3 % der männlichen Zahnärzte und 50,0 % der Zahnärztinnen der Verlust einer nahestehenden Person als Anlaß für den Suizid angegeben werden.

Der Verlust des sozialen Umfelds (Arbeit, Heimat, Heim, beruflich bedingte Trennung von der Familie) ergibt einschließlich des drohenden Verlustes des sozialen Umfelds einen Anlaß für den Suizid von 35,8 % der Ärzte, 33,3 % der Ärztinnen, 31,6 % der männlichen Zahnärzte und 50,0 % der Zahnärztinnen.

Der Verlust der körperlichen Unversehrtheit kann für 22,4 % der männlichen Ärzte, 3,7 % der Ärztinnen, 5,3 % der männlichen Zahnärzte und 16,7 % der Zahnärztinnen als Anlaß für den Suizid angegeben werden.

Der Verlust der geistigen Unversehrtheit ist in allen 18 Fällen einer bestehenden Psychose (bei 8 männlichen Ärzten, 9 Ärztinnen und 1 männlichen Zahnarzt) als Anlaß für den Suizid anzusehen.

Der Verlust des persönlichen Handlungsspielraums in Form von Einkommensverlusten, Schulden, Verlust der Mündigkeit und ähnlich gearteter Verluste konnten bei 7,5 % der männlichen Ärzte, 7,4 % der Ärztinnen und 21,1 % der männlichen Zahnärzte festgestellt werden.

Der Verlust der persönlichen Integrität wie bestehendes oder drohendes Berufsverbot, Strafanzeigen, Führerscheinentzug, berufliche Fehlschläge und ähnliches wurde als Anlaß für den Suizid bei 13,4 % der männlichen Ärzte, 18,5 % der Ärztinnen und 5,3 % der männlichen Zahnärzte angegeben.

Unter Zusammenfassung aller genannten Anlässe können Verluste als Anlaß für den Suizid für insgesamt 86,6 % der männlichen Ärzte, 85,2 % der Ärztinnen, 68,4 % der männlichen Zahnärzte und 83,3 % der Zahnärztinnen angegeben werden.

6.2.12. Schlußfolgerung

Aufgrund aller Ergebnisse läßt sich ein Bild des durchschnittlich suizidgefährdeten Arztes aufzeigen, das mit großer Wahrscheinlichkeit im Individualfall durch eine Mehrzahl der nachfolgend aufgezeigten Merkmale gekennzeichnet ist.

Die männlichen Ärzte sind unter 55 Jahre alt, die männlichen Zahnärzte über 55 Jahre und die Ärztinnen und Zahnärztinnen zwischen 45 und 65 Jahre alt; sie kommen hinsichtlich des Geburtsortes aus anderen Regionen; ein intaktes Familienleben mit Ehepartnern und/oder Eltern hat entweder nie bestanden, ist vor kurzem zerbrochen oder droht zu zerfallen (Tod, Scheidung oder Trennung). Sie sind kinderlos oder die Kinder leben nicht mehr im Haushalt; sind kaum ärztlich tätig, eher im Ruhestand, arbeitslos, seit Monaten krank oder berufsfremd tätig. Sie sind akut oder eingebildet somatisch schwer krank (Tumor, Carcinophobie) oder chronisch behindert (Schädel-Hirn-Erkrankungen in der Anamnese, Gehbehinderung); sie sind psychisch krank, vor allem depressiv und/oder süchtig,

haben schon Suizidversuche hinter sich und sind bereits ambulant oder stationär psychiatrisch vorbehandelt.

Da die Mehrzahl der suizidalen Ärzte mit einem Kollegen (behandelnder Arzt, Arbeitskollege, Freund usw.) kurz vor dem Suizid in Kontakt treten, ist die Kenntnis dieser Merkmale neben der Kenntnis des präsuizidalen Syndroms für eine Abschätzung der Suizidgefährdung von erheblicher prophylaktischer Bedeutung.

7.

A B S T R A C T

Im 16-jährigen Untersuchungszeitraum vom 1.1.1963 bis 31.12.1978 geschahen in Oberbayern 119 Suizide von Ärzten, Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen. Mit einer standardisierten Suizidziffer (Bevölkerung = 100) von 158 Suiziden bei den Ärzten, 296 Suiziden bei den Ärztinnen und 292 Suiziden bei den Zahnärztinnen liegt dieses Suizidgeschehen signifikant, bei den Zahnärzten mit 125 Suiziden nicht signifikant über dem der über 25-jährigen männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung Oberbayerns. Alle vier Gruppen weisen ein häufigeres Suizidgeschehen in Oberbayern ohne München als in München auf. Als Suizidmethoden wurden berufsspezifische Materialien wie Medikamente und Instrumente bevorzugt. Überwiegend starben die Ärzte im Alter unter 55 Jahren, die Zahnärzte im Alter über 55 Jahren und die Ärztinnen und Zahnärztinnen zwischen dem 45. bis 64. Lebensjahr durch Suizid.

Hervorzuhebende, im Vergleich zu anderen Gruppen (lebende, verstorbene und durch Suizid verstorbene Bevölkerung sowie lebende und verstorbene Ärzte) gehäuft auftretende Merkmale sind: auswärtiger Geburtsort, geschieden, verwitwet und ledig, fehlende Konfessionszugehörigkeit, fehlende Kinder im Haushalt, langes Studium oder Examen in jüngeren Jahren, keine Fachgebietsbezeichnung, keine Erwerbstätigkeit oder berufsfremde Tätigkeit oder Praxistätigkeit, psychische Störungen, Medikamentensucht, psychiatrische Behandlung und stationäre Nervenklinikaufenthalte.

Als auffällig häufige Suizidanlässe sind der Verlust einer nahestehenden Person durch Tod, Scheidung oder Trennung und/oder Verlust des sozialen Umfelds zu nennen.

8.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- 1 a`BROOK, M.F., HAILSTONE, J.D., McLAUCHLAN, I.E.J.:
 Psychiatric Illness in the Medical Profession.
 Brit.J.Psychiat. 113:1013-1023, 1967
- 2 BAYERISCHES STATISTISCHES LANDESAMT:
 Amtliches Ortsverzeichnis für Bayern, Heft 260,
 Gebietsstand am 1. Oktober 1964 mit statistischen
 Angaben aus der Volkszählung 1961 (6.Juni 1961),
 München 1964
- 3 BAYERISCHES STATISTISCHES LANDESAMT:
 Amtliches Ortsverzeichnis für Bayern, Heft 335,
 Gebietsstand 1. Juli 1973, Volkszählung
 27. Mai 1970, München 1973
- 4 BAYERISCHES STATISTISCHES LANDESAMT:
 Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen für
 das Jahr 1963, 1964 1978, Band 71 bis 87.
 Herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium
 des Innern, bearbeitet im Bayerischen Statis-
 tischen Landesamt
- 5 BAYERISCHES STATISTISCHES LANDESAMT:
 Statistische Berichte des Bayerischen Statis-
 tischen Landesamtes, Altersstruktur der Bevöl-
 kerung Bayerns, Stand je 31.12.1973 bis
 31.12.1978
- 6 BLACHLY, P.H., OSTERUD, H.T., JOSSLIN, R.:
 Suicide in Professional Groups.
 New Engl.J.Med. 268:1278-1282, 1963

- 7 BLACHLY, P.H., DISHER, W., RODUNER, G.:
 Suicide by Physicians.
 Bull. Suicidology: 1-18, 1968
- 8 BÖCKER, F.:
 Suizide und Suizidversuche.
 Thieme, Stuttgart, 1973
- 9 BONK, K.:
 Selbstmord und Alkohol unter besonderer Berücksichtigung der alkoholischen Beeinflussung zur Tatzeit.
 Diss. med. Köln, 1973
- 10 BRAUN, C.:
 Selbstmord.
 Goldmann, München, 1971
- 11 BRINKMANN, R.:
 Untersuchung zur Persönlichkeit und sozialen Stellung von Alkoholikern nach Suizidversuch.
 Diss. med. München, 1973
- 12 BRITISH MEDICAL JOURNAL - LEITARTIKEL -:
 Suicide among Doctors.
 Brit. Med. J. 1:789-790, 1964
- 13 BRUCE, D.L., EIDE, K.A., LINDE, H.W., ECKENHOFF, J.E.:
 Causes of Death among Anesthesiologists: A 20-Year Survey.
 Anesthesiology 29:565-569, 1968

- 14 BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH AND STATISTICS:
Mortality of Dentists, 1955-1960.
JADA 64:107-114, 1962
- 15 BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH AND STATISTICS:
Mortality of Dentists, 1961-1966.
JADA 76:831-834, 1968
- 16 BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH AND STATISTICS:
Mortality of Dentists, 1968-1972.
JADA 90:195-198, 1975
- 17 CASPER, J.L.:
*Beiträge zur medicinischen Statistik und
Staatsarzneikunde.*
Dümmler, Berlin, 1825
- 18 CRAIG, A.G., PITTS, F.N.:
Suicide by Physicians.
Dis.Nerv.Syst. 29:763-772, 1968
- 19 CRAWSHAW, R., BRUCE, J.A., ERAKER, P.L., GREENBAUM, M.,
LINDEMANN, J.E., SCHMIDT, D.E.:
*An Epidemic of Suicide Among Physicians on
Probation.*
JAMA 243(19):1915-1917, 1980
- 20 DEAN, G.:
*The Causes of Death of South African Doctors
and Dentists.*
S.Af.Med.J. 43:495-500, 1969
- 21 DE HART, C.:
Suicide by Physicians.
J.Maine Med.Assoc. 65(2):32-33, 1974

- 22 DE SOLE, D.E., SINGER, P., ARONSON, S.:
Suicide and Role Strain Among Physicians.
Int.J.Soc.Psychiatry 15:294-301, 1969
- 23 DICKINSON, F.G., MARTIN, L.W.:
Physician Mortality, 1949-1951.
JAMA 162(16):1462-1468, 1956
- 24 DUBLIN, L.I., SPIEGELMAN, M.:
The Longevity and Mortality of American Physicians, 1938-1942.
JAMA 134(15):1211-1215, 1947
- 25 DUBLIN, L.I.:
Suicide, a Sociological and Statistical Study.
Ronald Press Co., New York, 1963
- 26 DÜHRSEN, A.:
Zum Problem des Selbstmords bei jungen Mädchen.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1967
- 27 DURKHEIM, E.:
Der Selbstmord.
Luchterhand, Neuwied und Berlin, 1973
- 28 EDITORIAL:
Suicide of Physicians and the Reasons.
JAMA 41:263-264, 1903
- 29 EDITORIAL:
Deaths of Physicians in 1919.
JAMA 74:34, 1920
- 30 EDITORIAL:
Obituaries of Physicians Published in 1948.
JAMA 139(4):230-231, 1949

- 31 EDITORIAL:
Occupational Mortality.
Brit.Dent.J. 104:297, 1958
- 32 EMERSON, H., HUGHES, H.E.:
Death Rates of Male White Physicians in the United States, by Age and Cause.
Am.J.Public Health 16:1088-1093, 1926
- 33 ENDERS, F.:
Todesursachen der Ärzte in Hamburg von 1945-1967.
Med.Diss. Hamburg, 1969
- 34 EVERSON, R.B., FRAUMENI, J.F.:
Mortality Among Medical Students and Young Physicians.
J.Med.Educ. 50(8):809-811, 1975
- 35 FEUERLEIN, W.:
Selbstmord und Selbstmordversuch.
Med.Klin.68:1717-1721, 1973
- 36 FEUERLEIN, W.:
Sucht und Selbstmordhandlungen.
In: Sucht und Suizid, Ringel, E., Lambertus, Freiburg 1976
- 37 FEUERLEIN, W.:
Ursachen, Motivationen und Tendenzen von Selbstmordhandlungen im Alter.
Aktuelle Gerontologie 7(2):67-74, 1977
- 38 FRANKLIN, R.A.:
One Hundred Doctors at the Retreat.
Brit.J.Psychiat. 131:11-14, 1977

- 39 *FREEMAN, W.:*
 Psychiatrists Who Kill Themselves.
 The Psychiatrist, pp 274-284,
 Grune & Stratton Inc., New York, 1968
- 40 *FREUDENBERG, K.:*
 Die Sterblichkeit der Ärzte in Deutschland.
 Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik 122:
 477-493, 1924
- 41 *FREUDENBERG, K.:*
 Die Selbstmorde in Deutschland nach dem Kriege.
 Klin. Wochenschrift 5(1):32, 1926
- 42 *FREUDENBERG, K.:*
 Sterblichkeit und Invalidität der deutschen
 Ärzte.
 Deutsches Ärzteblatt 60(22):309-311, 1931
- 43 *FREUDENBERG, K.:*
 Zahlen über Sterblichkeit und Todesursachen der
 Ärzte.
 Ärztliche Mitteilungen 43(6):151-154, 1958
- 44 *FUCHS, D.:*
 Berufliche Beteiligung von Selbstmorden in den
 Jahren 1950-1965 im Raume Düsseldorf.
 Med. Diss., Aachen, 1975
- 45 *GRUBER, A.:*
 Die Sterblichkeit unter den österreichischen
 Militärärzten.
 Allgemeine Militärärztliche Zeitung 41:
 322-325, 1870

- 46 GURALNICK, L.:
 *Mortality by Occupation and Industry Among Men
 20-64 Years of Age, United States, 1950,
 Vital Statistics-Special Reports. National
 Vital Statistics Division, Education and
 Welfare, vol 53, No 3:157, 1963*
- 47 HIS MAJESTY STATIONERY OFFICE:
 *Occupational Mortality, Fertility, and
 Infant Mortality.
 The Registrar-General's Decennial Supplement,
 England and Wales, 1921, Part II.
 HMSO, London, 1927*
- 48 HIS MAJESTY STATIONERY OFFICE:
 *Occupational Mortality, England and Wales, 1931.
 The Registrar-General's Decennial Supplement,
 Part II a, HMSO, London, 1938*
- 49 HER MAJESTY STATIONERY OFFICE:
 *Occupational Mortality, England and Wales, 1951.
 The Registrar General's Decennial Supplement,
 Part II, vol 2, HMSO, London, 1957*
- 50 HER MAJESTY STATIONERY OFFICE:
 *Occupational Mortality, England and Wales, 1961.
 The Registrar General's Decennial Supplement,
 HMSO, London, 1971*
- 51 HILL, G.B., HARVEY, W.:
 *The Mortality of Dentists.
 Brit.dent.J. 132:179-182, 1972*
- 52 JONES, R.E.:
 *A Study of 100 Physician Psychiatric Inpatients.
 Am.J.Psychiat. 134(10):1119-1123, 1977*

- 53 *KARUP, J., GOLLMER:*
 Die Mortalitätsverhältnisse des ärztlichen
 Standes nach den Erfahrungen der Lebensver-
 sicherungsbank für Deutschland in Gotha.
 Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik,
 N.F. Band 13:381-421, Jena, 1886
- 54 *KING, H.:*
 Health in the Medical and Other Learned
 Professions.
 J.Chron.Dis. 23:257-281, 1970
- 55 *KNOPF, S.A.:*
 Suicide Among American Physicians - Its Causes
 and Suggestions for Prevention.
 New York Med.J. and Med.Record 117:84-87, 1923
- 56 *KOLLER, S.:*
 Zahl, Struktur und Nachwuchsbedarf der Ärzte.
 Bundesministerium für Jugend, Familie und
 Gesundheit, Bundesdruckerei, 1970
- 57 *LESTER, D.:*
 Why People Kill Themselves.
 Ch.C. Thomas, Springfield, 1972
- 58 *LINDHARDT, M., FRANDSEN, E., HAMTOFT, H., MOSBECH, J.:*
 Hvad Laeger Dor Af.
 Ugeskrift for Laeger 123:1819-1830, 1961
- 59 *LINDHARDT, M., FRANDSEN, E., HAMTOFT, H., MOSBECH, J.:*
 Causes of Death Among the Medical Profession
 in Denmark.
 Danish Med.Bull. 10:59-64, 1963

- 60 MENNINGER, K.:
 Man Against Himself.
 Harcourt Brace, New York, 1938
- 61 MINER, J. R.:
 Suicide and its Relation to Climatic and other
 Factors.
 Amer. J. Hyg. Monographic Series No. 2, 1922
- 62 MODLIN, H. C., MONTES, A.:
 Narcotics Addiction in Physicians.
 Am. J. Psychiat. 121:358-369, 1964
- 63 MOEN, B. D.:
 Mortality of Dentists, 1951-1954.
 JADA 52:65-72, 1956
- 64 MORSELLI, H.:
 Der Selbstmord.
 Brockhaus, Leipzig, 1881
- 65 MURRAY, R. M.:
 The Health of Docotors: a Review.
 J. Roy. Coll. Phycns. 12(5):403-415, 1978
- 66 OGLE, W.:
 Suicides in England and Wales in Relation to
 Age, Sex, Season, and Occupation.
 J-Stat. Soc. XLIX:101-135, 1886
- 67 OGLE, W.:
 Statistics of Mortality in the Medical Profession.
 Medico-Chirurgical Transactions 69:217-237, 1886

- 68 OLIN, H.S.:
Survey of Suicide Among Psychoanalysts and Candidates.
Psychoanal. Rev. 65(4):641-647, 1978
- 69 PARKES, C.M.:
Vereinsamung. Die Lebenskrise bei Partnerverlust.
Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1974
- 70 PETERS, U.H.:
Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie.
Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1977
- 71 PITTS, F.N., SCHULLER, A.B., RICH, C.L., PITTS, A.F.:
Suicide Among U.S. Women Physicians, 1967-1972.
Am. J. Psychiat. 136(5):694-696, 1979
- 72 PÖLDINGER, W.:
Die Abschätzung der Suizidalität.
Huber, Bern und Stuttgart, 1968
- 73 POHLMEIER, H.:
Selbstmord und Selbstmordverhütung.
Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1978
- 74 PORTERFIELD, A.L., GIBBS, J.P.:
Occupational Prestige and Social Mobility of Suicides in New Zealand.
Am. J. Soc. 66:147-152, 1960
- 75 POWELL, E.H.:
Occupational, Status, and Suicide: Toward a Redefinition of Anomie.
Am. Soc. Rev. 23:131-139, 1958

- 76 RICH,C.L., PITTS,F.N.:
Suicide by Male Physicians During a Five-
Year Period.
Am.J.Psychiat. 136(8):1089-1090, 1979
- 77 RICH,C.L., PITTS,F.N.:
Suicide by Psychiatrists: A Study of Medical
Specialists Among 18 730 Consecutive Physician
Deaths During a Five-Year Period, 1967-72.
J.Clin.Psychiatry 41(8):261-263, 1980
- 78 RINGEL,E., ROTTER,H.:
Zum Problem des Selbstmordversuches im Rausch.
Wien.Z.Nervenheilk.13:406-416, 1957
- 79 RINGEL,E.:
Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem.
Brüder Hollinek, Wien, 1961
- 80 RINGEL,E., BERNSPANG,E.:
Selbstmordverhütung.
Huber, Bern und Stuttgart, 1969
- 81 RINGEL,E.:
Selbstmord - Appell an die anderen.
Kaiser/Grünwald, München/Mainz, 1974
- 82 ROSE,K.D., ROSOW,I.:
Physicians Who Kill Themselves.
Arch.Gen.Psychiat.29:800-805, 1973
- 83 RUSHING,W.A.:
Alcoholism and Suicide Rates by Status Set
and Occupation.
Quart.J.Stud.Alc. 29:399-411, 1968

- 84 *SAFINOFSKY, I.:*
 Suicide in Doctors and their Wives.
 Brit.Med.J. 281:386-387, 1980
- 85 *SCARROTT, D.M.:*
 Death Rates of Dentists.
 Brit.Dent.J. 145(8):245-246, 1978
- 86 *SCHMIDBAUER, W.:*
 Die hilflosen Helfer.
 Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1977
- 87 *SIMON, W., LUMRY, G.K.:*
 Suicide among Physician-Patients.
 J.Nerv.Ment.Dis. 147(2):105-112, 1968
- 88 *SIMSON, G.:*
 Die Suizidtat, eine vergleichende Betrachtung.
 Beck, München, 1976
- 89 *SMITH, D.A.:*
 Preventing Physician Suicides.
 Pennsylvania Medicine 77(5):15, 1974
- 90 *STATISTICA DELLE CAUSE DELLE MORTI IN TUTTI I*
 COMMUNI DEL REGNO:
 Jahrgänge von 1881-1884.
- 91 *STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN:*
 Sonderbeitrag: Beruf und Todesursache.
 Bevölkerung und Kultur, Fachserie A, Reihe 7
 Gesundheitswesen (Ergebnisse einer Sonder-
 auszählung 1955),
 Kohlhammer, Stuttgart und Mainz, 1956

- 92 STENGEL, E.:
 Selbstmord und Selbstmordversuch.
 Fischer, Frankfurt am Main, 1969
- 93 STEPPACHER, R.C., MAUSNER, J.S.:
 Suicide in Male and Female Physicians.
 JAMA 228(3):323-328, 1974
- 94 STROBEL, M., GSELL, O.:
 Mortalität in Beziehung zum Tabakrauchen,
 9 Jahre Beobachtungen bei Ärzten in der Schweiz.
 Helvetica Medica Acta 32(6):547-592, 1965
- 95 THOMAS, C.B.:
 Suicide Among Us: Can We Learn to Prevent it?
 Johns Hopkins Med.J. 125:276-285, 1969
- 96 THOMAS, C.B.:
 What Becomes of Medical Students: The Dark Side.
 Johns Hopkins Med.J. 138:185-195, 1976
- 97 THOMAS, K.:
 Menschen vor dem Abgrund.
 Wegner, Hamburg, 1970
- 98 TUCKMAN, J., YOUNGMAN, W.F., KREIZMAN, G.K.:
 Occupation and Suicide.
 Industrial Med.Surg. 33:818-820, 1964
- 99 VIERORDT, H.:
 Todesursachen im ärztlichen Stande.
 Enke, Stuttgart, 1926
- 100 VINCENT, M.O., ROBINSON, E.A., LATT, L.:
 Physicians as Patients.
 Canad.Med.Ass.J. 100(9):403-412, 1969

- 101 WAGNER, A.:
Die Gesetzmäßigkeit in den scheinbar willkürlichen menschlichen Handlungen vom Standpunkte der Statistik.
Boyes & Geisler, Hamburg, 1864
- 102 WALDSTEIN, E.:
Der Selbstmord in der Schweiz.
Phil.Diss., Basel, 1934
- 103 WEINBERG, W.:
Sterblichkeit, Lebensdauer und Todesursachen der württembergischen Ärzte von 1810-1895 und der Ärzte überhaupt.
Württembergische Jahrbücher für Statistik und Landeskunde, Jg. 1896, S.103-170, Stuttgart, 1897
- 104 WELLMANN, K.F.:
Über die Todesursachen bei US-amerikanischen Ärzten.
Dtsch.Med.Wochenschr. 99(34):1695, 1974
- 105 WELNER, A., MARTEN, S., WOCHNICK, E., DAVIS, M.A.,
FISHMAN, R., CLAYTON, P.J.:
Psychiatric Disorders Among Professional Women.
Arch.Gen.Psychiat. 36:169-173, 1979
- 106 WESTERGAARD, H.:
Die Lehre von der Mortalität und Morbidität.
Fischer, 2.Auflage, Jena, 1901
- 107 WRIGHT-ST CLAIR, R.E.:
Causes of Death in Colonial Doctors.
New Zealand Med.J. 88:49-51, 1978

9.

A B K Ü R Z U N G S V E R Z E I C H N I S

<i>b</i>	<i>beobachtet</i>
<i>BStMdI</i>	<i>Bayerisches Staatsministerium des Innern</i>
<i>e</i>	<i>erwartet</i>
<i>f</i>	<i>feminin</i>
<i>GVB1</i>	<i>Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt</i>
<i>HMSO</i>	<i>Her/His Majesty Stationery Office</i>
<i>ICD E</i>	<i>International Classification of Diseases</i>
<i>m</i>	<i>masculin</i>
<i>MAB1</i>	<i>Ministerialamtsblatt</i>
<i>MB</i>	<i>Ministerialbekanntmachung</i>
<i>S</i>	<i>Suizid</i>
<i>stand</i>	<i>standardisiert</i>
<i>StAnz</i>	<i>Staatsanzeiger</i>
<i>Sz</i>	<i>Suizidziffer</i>

10.

D A N K S A G U N G

- Herrn Professor Dr. med. Wilhelm Feuerlein, Leiter der Psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, danke ich für die Annahme meines Themas und seine Unterstützung und Beratung, die das Gelingen dieser Untersuchung erst ermöglichte.
- Herrn Professor Dr. med. W. Spann, Dekan der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilian-Universität München, danke ich für die Genehmigung, die Obduktionsunterlagen seines Instituts für Rechtsmedizin einsehen zu dürfen.
- Herrn Jürgens, Geschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer, sowie Herrn Hepp, Geschäftsführer der Bayerischen Landeszahnärztekammer, danke ich für die Erlaubnis, die Karteien der verstorbenen Ärzte und Zahnärzte und die Personalakten der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte einsehen und auswerten zu dürfen.
- Für die Genehmigung der Kartei- und Registereinsicht sowie für die Genehmigung, die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsberichte der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte auswerten zu dürfen, danke ich den leitenden Oberstaatsanwälten:
Herrn Oberstaatsanwalt Fendt vom Landgericht München I,
Herrn Oberstaatsanwalt Schmitt vom Landgericht München II,
Herrn Oberstaatsanwalt Trautenbach vom Landgericht
München II, Zweigstelle Ingolstadt,
Herrn Oberstaatsanwalt Kuchenbauer vom Landgericht Traunstein

Herrn Oberstaatsanwalt Rottenwallner vom Landgericht

Traunstein, Zweigstelle Rosenheim, sowie

Herrn Oberstaatsanwalt Kreim vom Landgericht Augsburg

- Herrn Verwaltungsamtmann Mayer vom Kreisverwaltungsreferat München danke ich für die Ergänzung personenstandsbezogener Daten der durch Suizid verstorbenen Ärzte und Zahnärzte, sowie dem namentlich nicht bekannten Beamten des Bayerischen Staatsministerium des Innern, der die Genehmigung erteilte.

- Für die Genehmigung der Karteieinsicht und die Auswertung von Krankengeschichten danke ich

Herrn Professor Dr. med. H. Hippius, Direktor der
Nervenklinik der Universität München,

Herrn Dr. med. Schulz, Direktor des Bezirkskrankenhauses
Haar,

Herrn Dr. med. Kroiß, Direktor des Bezirkskrankenhauses
Gabersee,

Herrn Dr. med. PH. Schmidt, Direktor der Privatklinik
Dr. PH. Schmidt

- Mein besonderer Dank gilt den vielen nicht genannten Bediensteten in den oben genannten Ärztekammern, Staatsanwaltschaften, Kliniken und Behörden, ohne deren Hilfe die Einarbeitung in die Ordnungssysteme von Karteien, Archiven usw. nicht möglich gewesen wäre.

L E B E N S L A U F

02.11.1945 geboren in Bayrisch-Gmain/Oberbayern
1952 - 1957 Volksschule in Bad Reichenhall
1957 - 1963 Oberrealschule in Bad Reichenhall
7.1.1964 - 6.1.1972 Bundeswehr (Sanitätseinheit)
11.02.1969 Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Krankenpfleger
10.1.1972 - 21.6.1974 Münchenkolleg (2. Bildungsweg)
21.06.1974 Hochschulreife am Münchenkolleg
16.9.1974 - 4.11.1981 Studium der Humanmedizin, LMU München
23.09.1976 Ärztliche Vorprüfung
12.04.1978 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
01.04.1980 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
04.11.1981 Ärztliche Prüfung
10.11.1981 Approbation als Arzt
10.11.1981 - 30.4.1982 Tätigkeit als Doktorand
seit 01.05.1982 Assistenzarzt im Bezirkskrankenhaus
Gabersee

